



**Jéssica Marli Caires  
Alves**

**Turismo Acessível: A acessibilidade na hotelaria e  
as perceções dos hóspedes com incapacidade**



**Jéssica Marli Caires  
Alves**

**Turismo Acessível: A acessibilidade na hotelaria e  
as perceções dos hóspedes com incapacidade**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão e Planeamento em Turismo, realizada sob a orientação científica da Doutora Celeste Eusébio, Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão, Engenharia Industrial e Turismo da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho a todos aqueles que se interessam e que lutam pela acessibilidade plena e turística.

## **o júri**

presidente

**Prof. Doutora Zélia Maria de Jesus Breda**  
professora auxiliar da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Eugénia Cristina Peixoto Godinho Lima Devile**  
professora adjunta do Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Educação de Coimbra

**Prof. Doutora Maria Celeste de Aguiar Eusébio**  
professora auxiliar da Universidade de Aveiro (Orientadora)

## **agradecimentos**

O incansável apoio e a constante motivação por parte dos meus mais próximos, foram cruciais para o desenvolvimento desta investigação.

À minha orientadora, Senhora Professora Doutora Celeste Eusébio, agradeço por toda a disponibilidade, dedicação, compreensão e orientação científica dada ao longo do estudo.

Agradeço, ainda, por ser, para além de uma mentora, um exemplo de amizade e um símbolo de prestígio.

Aos participantes deste estudo, pela disponibilidade, motivação, boa disposição e, em especial, pela gratificante colaboração, pois sem eles não seria possível.

Aos colaboradores do Hotel Vila Galé Porto, por toda a aprendizagem, acompanhamento, compreensão e carinho contínuo, durante o estágio.

Ao meu orientador de estágio, Alexandre Castro, por todo o apoio incansável e pela amizade nutrida.

À PERFIL e à *Accessible Portugal*, pela formação de prestígio, e em especial, à Sara Duarte, pela amabilidade, disponibilidade e profissionalismo.

Às amigas de longa data e às amigas que Aveiro me presenteou, por serem o meu pilar, durante toda esta aventura académica.

À minha mãe, Dorita, às minhas madrinhas, Lurdes e Betty, e aos meus tios, Veri e Célia, por tudo.

## **palavras-chave**

Turismo acessível, acessibilidade, hotelaria, hóspedes, incapacidade, necessidades, constrangimentos.

## **resumo**

A prática turística é um direito universal e, como tal, deve-se encontrar acessível para todos (Eichhorn et al. 2008). Contudo, as pessoas com incapacidade ainda enfrentam obstáculos de todos os tipos que dificultam o acesso aos serviços turísticos (Organização Mundial do Turismo & Fundación ACS, 2014). O mesmo se sucede nas unidades hoteleiras, apesar deste ser o meio de alojamento preferencial pelos turistas com incapacidade (Figueiredo, Eusébio, & Kastenholtz, 2012). Como tal, a presente investigação tem por objetivo determinar as necessidades e os constrangimentos percebidos pelos hóspedes com incapacidade motora e pelos hóspedes com incapacidade visual, durante as suas estadas em unidades hoteleiras. Deste modo, definiu-se como metodologia, a aplicação de entrevistas semiestruturadas a portugueses com incapacidade motora e com incapacidade visual que utilizassem os hotéis como meio de alojamento turístico. Analisou-se os resultados através da análise de conteúdo, de maneira a compreender as suas características sociodemográficas, os seus perfis de incapacidade, as suas práticas turísticas, as suas necessidades e as suas dificuldades durante a estada e, ainda, a satisfação perante as estadas e possíveis sugestões de melhoria do nível de acessibilidade hoteleira. Os resultados indicam que os hotéis ainda não se encontram 100% acessíveis, pois ainda são vários os constrangimentos enfrentados pelos hóspedes com incapacidade. No caso dos hóspedes com incapacidade motora, estes revelam precisar de adaptações a nível arquitetónico, não obstante, os hóspedes com incapacidade visual indicam necessitar de adaptações em braille, áudio ou formato digital das informações existentes no ambiente. Ambos os grupos referem a essencialidade do apoio e da formação dos colaboradores hoteleiros. Além disso, ambos enfrentam, maioritariamente, constrangimentos ambientais e interativos aquando a prática turística hoteleira.

**keywords**

Accessible tourism, accessibility, hospitality, hotel guests, disability, needs, constraints.

**abstract**

Tourism practice is a universal right and, as such, should be accessible to all (Eichhorn et al., 2008). However, people with disabilities still face obstacles of all kinds that hinder access to tourism services (World Tourism Organization & ACS Foundation, 2014). The same happens in hotel units, despite this being the preferential type of accommodation for tourists with disabilities (Figueiredo, Eusébio, & Kastenholz, 2012). As such, the current investigation aims to determine the needs and constraints perceived by guests with motor disability and by guests with visual disability, during their stays in hotel units. This way, the methodology was defined as the application of semi-structured interviews to portuguese with motor disability and visually impaired to use hotels as a mean of tourist accommodation. The results were analyzed through content analysis, in order to understand their socio-demographic characteristics, their disability profiles, their tourist practices, their needs and their difficulties during the stay and also the satisfaction with the stays and possible suggestions for improving the level of hotel accessibility. The results indicate that hotels are still not 100% accessible, as there are still several constraints faced by guests with disabilities. In the case of guests with motor disabilities, these need adaptations at the architectural level, however, visually impaired guests indicate the need of braille, audio or digital adaptations of the information in the environment. Both groups refer to the essential support and training of hoteliers. In addition, both face mainly environmental and interactive constraints in the hotel tourist practice.





## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1. ENQUADRAMENTO E RELEVÂNCIA DO ESTUDO .....	1
1.2. OBJETIVOS E METODOLOGIA APLICADA .....	2
1.3. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO .....	4
<b>CAPÍTULO 2 - TURISMO ACESSÍVEL.....</b>	<b>7</b>
2.1. INTRODUÇÃO.....	7
2.2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO TURISMO ACESSÍVEL .....	7
2.3. CONCEITO E TIPOS DE SEGMENTO .....	11
2.4. BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE ACESSIBILIDADE NO SECTOR DO TURISMO .....	14
2.5. CONCLUSÃO .....	20
<b>CAPÍTULO 3 - PESSOAS COM INCAPACIDADE COMO SEGMENTO DA PROCURA TURÍSTICA .....</b>	<b>23</b>
3.1. INTRODUÇÃO.....	23
3.2. INCAPACIDADE.....	23
3.3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E COMPORTAMENTO TURÍSTICO .....	31
3.4. CONSTRANGIMENTOS À PRÁTICA TURÍSTICA.....	37
3.5. CONCLUSÃO .....	42
<b>CAPÍTULO 4 - ACESSIBILIDADE NA HOTELARIA .....</b>	<b>45</b>
4.1. INTRODUÇÃO.....	45
4.2. HOTELARIA EM PORTUGAL.....	46
4.2.1. EVOLUÇÃO DA PROCURA HOTELEIRA .....	46
4.2.2. EVOLUÇÃO DA OFERTA HOTELEIRA.....	49
4.3. ACESSIBILIDADE .....	52
4.3.1. DIMENSÕES DA ACESSIBILIDADE .....	53
4.3.2. ACESSIBILIDADE NOS HOTÉIS .....	54
4.3.2.1. RESERVA.....	57
4.3.2.2. ACESSO AO ESTABELECIMENTO HOTELEIRO .....	58
4.3.2.3. CHECK-IN.....	59
4.3.2.4. MOBILIDADE NO INTERIOR DO HOTEL (ÁREAS COMUNS, QUARTO E CASAS-DE-BANHO) .....	60
4.3.2.5. SERVIÇOS COMPLEMENTARES.....	65
4.3.2.6. CHECK-OUT .....	67

4.4.	A PERCEÇÃO DOS AGENTES HOTELEIROS DA ACESSIBILIDADE DOS HOTÉIS .....	67
4.5.	A PERCEÇÃO DOS HÓSPEDES COM INCAPACIDADE DA ACESSIBILIDADE DOS HOTÉIS	70
4.6.	CONCLUSÃO .....	72
<b>CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA .....</b>		<b>75</b>
5.1.	INTRODUÇÃO.....	75
5.2.	OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO .....	75
5.3.	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS .....	75
5.3.1.	POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	75
5.3.2.	TÉCNICA DE AMOSTRAGEM.....	78
5.3.3.	INSTRUMENTO DE INQUIRÇÃO .....	79
5.3.3.1.	JUSTIFICAÇÃO DO MÉTODO.....	79
5.3.3.2.	CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE INQUIRÇÃO .....	80
5.3.4.	PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DAS ENTREVISTAS .....	84
5.4.	MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS.....	84
5.5.	CONCLUSÃO .....	85
<b>CAPÍTULO 6 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>		<b>87</b>
6.1.	INTRODUÇÃO.....	87
6.2.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	87
6.3.	PRÁTICAS TURÍSTICAS .....	91
6.4.	NECESSIDADES E CONSTRANGIMENTOS DURANTE A ESTADA HOTELEIRA .....	97
6.4.1.	RESERVA.....	97
6.4.2.	ACESSO AO ESTABELECIMENTO HOTELEIRO.....	101
6.4.3.	CHECK-IN E CHECK-OUT.....	103
6.4.4.	MOBILIDADE NO INTERIOR DO HOTEL (ÁREAS COMUNS, QUARTO E CASAS-DE-BANHO) .....	106
6.4.5.	SERVIÇOS COMPLEMENTARES (RESTAURANTE, BAR, SPA, GINÁSIO, ETC.) .....	110
6.5.	EXPERIÊNCIAS HOTELEIRAS E SUGESTÕES DE MELHORIA .....	116
6.6.	CONCLUSÃO .....	123
<b>CAPÍTULO 7 - CONCLUSÕES.....</b>		<b>127</b>
7.1.	CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS.....	129
7.2.	LIMITAÇÕES .....	130
7.3.	FUTURAS INVESTIGAÇÕES.....	131
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>		<b>133</b>

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>144</b>
APÊNDICE 1.1 – RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR NO HOTEL VILA GALÉ PORTO .....	144
APÊNDICE 4.1 – PARÂMETROS DE ACESSIBILIDADE DE UMA RAMPA DE ACESSO .....	159
APÊNDICE 4.2 – PARÂMETROS DE ACESSIBILIDADE DE UMA CASA-DE-BANHO.....	161
APÊNDICE 5.1 – GUIÃO DO INSTRUMENTO DE INQUIRIÇÃO .....	164

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 3.1 - INTERAÇÃO ENTRE COMPONENTES DA CIF.....	29
FIGURA 6.1 - NUVEM DE PALAVRAS DAS PRÁTICAS TURÍSTICAS DOS INQUIRIDOS COM INCAPACIDADE MOTORA.....	96
FIGURA 6.2 - NUVEM DE PALAVRAS DAS PRÁTICAS TURÍSTICAS DOS INQUIRIDOS COM INCAPACIDADE VISUAL.....	97
FIGURA 6.3 - NUVEM DE PALAVRAS DAS NECESSIDADES E DOS CONSTRANGIMENTOS DURANTE A ESTADA HOTELEIRA DOS INQUIRIDOS COM INCAPACIDADE MOTORA .....	115
FIGURA 6.4 - NUVEM DE PALAVRAS DAS NECESSIDADES E DOS CONSTRANGIMENTOS DURANTE A ESTADA HOTELEIRA DOS INQUIRIDOS COM INCAPACIDADE VISUAL .....	115
FIGURA 6.5 - NUVEM DE PALAVRAS DAS EXPERIÊNCIAS HOTELEIRAS E SUGESTÕES DE MELHORIA À ACESSIBILIDADE DOS INQUIRIDOS COM INCAPACIDADE MOTORA.....	122
FIGURA 6.6 - NUVEM DE PALAVRAS DAS EXPERIÊNCIAS HOTELEIRAS E SUGESTÕES DE MELHORIA À ACESSIBILIDADE DOS INQUIRIDOS COM INCAPACIDADE VISUAL.....	123

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 2.1 – ALGUNS DOS PRINCIPAIS MARCOS HISTÓRICOS DO TURISMO ACESSÍVEL .....	9
TABELA 2.2 - DEFINIÇÕES DE TURISMO ACESSÍVEL .....	13
TABELA 2.3 - BENEFÍCIOS ECONÓMICOS PROVENIENTES DO TURISMO ACESSÍVEL .....	16
TABELA 2.4 – CONTRIBUIÇÃO ECONÓMICA DO TURISMO ACESSÍVEL NA UNIÃO EUROPEIA .....	18
TABELA 3.1 - DISTINÇÃO SEMÂNTICA DOS CONCEITOS DA CIDID .....	25
TABELA 3.2 - VISÃO GERAL DA CLASSIFICAÇÃO CIF .....	27
TABELA 3.3 - DIFERENÇAS ENTRE AS CLASSIFICAÇÕES DA OMS .....	28
TABELA 3.4 - TIPOS DE INCAPACIDADE .....	30
TABELA 3.5 - DOMÍNIOS DE CLASSIFICAÇÃO DA CIF .....	31
TABELA 3.6 - PRINCIPAIS DIFICULDADES NO PLANEAMENTO DE UMA VIAGEM ACESSÍVEL .....	32
TABELA 3.7 - FONTES DE INFORMAÇÃO CONSULTADAS PELAS PESSOAS COM INCAPACIDADE ..	33
TABELA 3.8 - ATRATIVIDADE DE UM DESTINO DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA DO TURISTA COM INCAPACIDADE DE ACORDO COM O ESTUDO DE KÉROUL (2001) .....	35
TABELA 3.9 - TIPO DE CONSTRANGIMENTOS À PRÁTICA TURÍSTICA, SEGUNDO CADA AUTOR ...	37
TABELA 3.10 – CONSTRANGIMENTOS INTERNOS À PRÁTICA TURÍSTICA POR PESSOAS COM INCAPACIDADE .....	38
TABELA 3.11 - CONSTRANGIMENTOS EXTERNOS À PRÁTICA TURÍSTICA POR PESSOAS COM INCAPACIDADE .....	39
TABELA 4.1 - NÚMERO DE HÓSPEDES NOS HOTÉIS EM PORTUGAL POR NUTS II .....	47
TABELA 4.2 - NÚMERO DE DORMIDAS E NÚMERO DE HÓSPEDES NOS HOTÉIS EM PORTUGAL POR MERCADO .....	48
TABELA 4.3 - ESTADA MÉDIA NOS HOTÉIS EM PORTUGAL POR MERCADO .....	49
TABELA 4.4 - PESSOAL AO SERVIÇO NA HOTELARIA EM PORTUGAL POR NUTS II .....	50
TABELA 4.5 - NÚMERO DE HOTÉIS EM PORTUGAL POR NUTS II .....	51
TABELA 4.6 - CAPACIDADE DE ALOJAMENTO NOS HOTÉIS EM PORTUGAL POR NUTS II .....	52
TABELA 4.7 - DECRETOS-LEIS ALUSIVOS À ACESSIBILIDADE DAS INFRAESTRUTURAS EM TERRITÓRIO NACIONAL .....	55
TABELA 4.8 - NÚMERO MÍNIMO DE LUGARES DE ESTACIONAMENTO A RESERVAR CONSOANTE A LOTAÇÃO .....	58
TABELA 4.9 - ASPETOS DE ACESSIBILIDADE NO CHECK-IN .....	60
TABELA 4.10 - ASPETOS DE ACESSIBILIDADE NO QUARTO .....	63
TABELA 4.11 - CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE DOS ELEMENTOS DA ÁREA DE RESTAURAÇÃO DO HOTEL .....	66
TABELA 4.12 – EXEMPLOS DE ESTUDOS ACERCA DA PERCEÇÃO DOS AGENTES HOTELEIROS EM RELAÇÃO À ACESSIBILIDADE .....	68

TABELA 4.13 - EXEMPLOS DE ESTUDOS ACERCA DA PERCEÇÃO DOS HÓSPEDES COM INCAPACIDADE.....	70
TABELA 5.1 – POPULAÇÃO PORTUGUESA PORTADORA DE UMA INCAPACIDADE EM 2011.....	77
TABELA 5.2 EXEMPLOS DE ESTUDOS QUE UTILIZARAM ENTREVISTAS E FOCUS GROUP NA SUA METODOLOGIA.....	80
TABELA 5.3 - SECÇÃO I DO GUIÃO DA ENTREVISTA .....	81
TABELA 5.4 - SECÇÃO II DO GUIÃO DA ENTREVISTA.....	82
TABELA 5.5 - SECÇÃO III DO GUIÃO DA ENTREVISTA .....	83
TABELA 5.6 - SECÇÃO IV DO GUIÃO DA ENTREVISTA .....	83
TABELA 5.7 - CATEGORIAS-CHAVE DEFINIDAS POR SECÇÃO DO GUIÃO DA ENTREVISTA.....	85
TABELA 6.1 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PERFIL DE INCAPACIDADE DA AMOSTRA.....	88
TABELA 6.2 - PRÁTICAS TURÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA POR TIPO DE INCAPACIDADE .....	93
TABELA 6.3 - PRÁTICAS TURÍSTICAS HOTELEIRAS DA AMOSTRA POR TIPO DE INCAPACIDADE ..	94
TABELA 6.4 - CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO E RESERVA DO HOTEL POR TIPO DE INCAPACIDADE ...	99
TABELA 6.5 - DIFICULDADES NA SELEÇÃO E RESERVA DO HOTEL POR TIPO DE INCAPACIDADE .....	100
TABELA 6.6 - NECESSIDADES NO ACESSO AO HOTEL POR TIPO DE INCAPACIDADE .....	102
TABELA 6.7 - DIFICULDADES NO ACESSO AO HOTEL POR TIPO DE INCAPACIDADE.....	103
TABELA 6.8 - NECESSIDADES NO CHECK-IN E CHECK-OUT POR TIPO DE INCAPACIDADE.....	105
TABELA 6.9 - DIFICULDADES NO CHECK-IN E CHECK-OUT POR TIPO DE INCAPACIDADE .....	106
TABELA 6.10 - NECESSIDADES NA MOBILIDADE NO INTERIOR DO HOTEL POR TIPO DE INCAPACIDADE.....	108
TABELA 6.11 - DIFICULDADES NA MOBILIDADE NO INTERIOR DO HOTEL POR TIPO DE INCAPACIDADE.....	110
TABELA 6.12 - NECESSIDADES NOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES, POR TIPO DE INCAPACIDADE .....	112
TABELA 6.13 - DIFICULDADES NOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES, POR TIPO DE INCAPACIDADE .....	114
TABELA 6.14 - EXPERIÊNCIAS HOTELEIRAS POR TIPO DE INCAPACIDADE .....	117
TABELA 6.15 - SUGESTÕES DE MELHORIA DA ACESSIBILIDADE POR TIPO DE INCAPACIDADE ..	121

## **Capítulo 1 - Introdução**

### **1.1. Enquadramento e relevância do estudo**

O turismo é considerado um bem social de primeira necessidade que fornece qualidade de vida (Devile, 2009). Como tal, viajar e praticar turismo, independentemente do propósito, é um direito universal (Eichhorn, Miller, Michopoulou, & Buhalis, 2008) e privar alguém desse mesmo direito é um ato de discriminação (McKercher, Packer, Yau, & Lam, 2003). Todavia, a participação turística e o aproveitamento dos seus benefícios sociais dependem da qualidade do desempenho dos fornecedores de produtos turísticos bem como dos atributos do destino (Eichhorn et al., 2008).

Nas últimas décadas, o envelhecimento da população, o aumento da população com incapacidade e ainda as próprias mudanças a nível de comportamento do consumidor têm contribuído para a existência de alterações ao nível da procura turística. Os visitantes estão cada vez mais exigentes, exigindo serviços de qualidade, destinos sustentáveis e responsabilidade social das empresas (Kastenholz, Eusébio, Figueiredo, & Lima, 2012). A título de exemplo, as pessoas com incapacidade têm reivindicado cada vez mais a sua posição na atividade turística. Em resposta, vários atores do setor têm-se focado em iniciativas para adaptar a sua oferta a diferentes perfis de consumidores e atingir assim a acessibilidade dos produtos que oferecem. Contudo, nos países em desenvolvimento e nos destinos emergentes, ainda há um longo caminho a percorrer para tornar a acessibilidade universal uma realidade dentro do setor turístico (Organização Mundial do Turismo & Fundación ACS, 2014).

Para tal, é necessária uma mudança de mentalidade e um modelo de serviços turísticos, que respeitem não só os direitos humanos das pessoas com incapacidade e das suas famílias, mas também para dar resposta às exigências de um mercado que tem registado um crescimento considerável (Organização Mundial do Turismo & Fundación ACS, 2014).

Possivelmente, a negligência do segmento das pessoas com incapacidade por parte da indústria turística justifica-se através da escassa investigação académica sobre a temática em questão (Blichfeldt & Nicolaisen, 2011; Burnett & Baker, 2001; Israeli, 2002; Var, Yeşiltaş, Yaylı, & Öztürk, 2011). Como tal, estudar as necessidades das pessoas com incapacidade é fundamental para lhes oferecer serviços ou produtos turísticos acessíveis

(Figueiredo, Eusébio, & Kastenholz, 2012). Infelizmente, os estudos nesta área são poucos e os constrangimentos à prática turística também não foram claramente analisados e contemplados pelos gestores turísticos (Card, Cole, & Humphrey, 2006; Daniels, Drogin Rodgers, & Wiggins, 2005).

Posto isto, o tema desta dissertação de mestrado foca-se, especialmente, nas pessoas com incapacidade como segmento da procura turística e nas suas perceções acerca da acessibilidade das unidades hoteleiras. A escolha das unidades hoteleiras deve-se ao facto dos turistas com incapacidade recorrerem mais aos hotéis que os restantes turistas (Neumann & Reuber, 2004) e por os elegerem como meio de alojamento preferencial, nas suas viagens (Figueiredo et al., 2012). Aquando as suas viagens turísticas, estes necessitam de um local para pernoitar onde tenham, no mínimo, acesso ao quarto e à casa de banho. Contudo, a falta de alojamento acessível ainda é constante (Darcy, 2010b). Posto isto, pretende-se com este estudo determinar as principais necessidades e os constrangimentos enfrentados pelos hóspedes com incapacidade, ao longo das suas estadas em unidades hoteleiras.

Como complemento a esta investigação, foi realizado um estágio curricular de quatro meses no Hotel Vila Galé Porto e o seu respetivo relatório (apêndice 1.1). O objetivo principal desta experiência curricular incidiu, essencialmente, na análise do dia-a-dia de uma unidade hoteleira, bem como na perceção das condições e dos recursos necessários para dar uma resposta adequada às necessidades dos hóspedes com incapacidade. Com efeito, realizou-se, durante o mesmo, uma formação de turismo acessível e inclusivo, com os formadores Dinis Duarte, da empresa PERFIL e Sara Duarte da associação *Accessible Portugal*.

## **1.2. Objetivos e metodologia aplicada**

Tendo em conta a temática referida no enquadramento da secção 1.1, esta investigação tem como principal objetivo compreender as necessidades e os constrangimentos dos hóspedes com incapacidade motora e dos hóspedes com incapacidade visual, durante as suas estadas nas unidades hoteleiras. A partir deste grande objetivo, foram identificados, também, alguns objetivos mais específicos – teóricos e empíricos.

Os **objetivos específicos teóricos**, baseados na revisão de literatura desta dissertação, consistem em:



- Entender o conceito de turismo acessível e a evolução deste mercado;
- Analisar os benefícios provenientes das práticas de acessibilidade no setor do turismo;
- Identificar os diferentes tipos de incapacidade humana;
- Compreender o perfil e o comportamento turístico das pessoas com incapacidade;
- Determinar os tipos de constrangimentos existentes à prática turística;
- Identificar os parâmetros necessários à acessibilidade nas unidades hoteleiras;
- Analisar as perspetivas da procura e da oferta relativamente à acessibilidade da indústria hoteleira.

No que concerne aos **objetivos específicos empíricos**, estes partem da análise do estudo realizado e são os seguintes:

- Analisar as práticas turísticas dos hóspedes com incapacidade motora e dos hóspedes com incapacidade visual inquiridos neste estudo;
- Identificar as principais necessidades e os constrangimentos dos hóspedes com incapacidade motora e dos hóspedes com incapacidade visual, durante a sua estada numa unidade hoteleira;
- Verificar se existem diferenças em termos de necessidades e de constrangimentos, de acordo com o tipo de incapacidade;
- Determinar a satisfação dos hóspedes com incapacidade motora e dos hóspedes com incapacidade visual relativamente às experiências hoteleiras que vivenciaram;
- Identificar sugestões a implementar para assegurar um maior nível de acessibilidade nas unidades hoteleiras.

Após estabelecidos os objetivos desta investigação, definiu-se o plano metodológico a utilizar na mesma. Primeiramente, realizou-se a revisão de literatura baseada não só em artigos científicos publicados em revistas na área de turismo como também em livros e dissertações de mestrado e de doutoramento na mesma área. Este procedimento serviu como base teórica sobre a temática apresentada, de modo a sustentar a reflexão e a análise dos aspetos abordados na investigação.

Seguidamente, procedeu-se à recolha de dados primários, através do processo de inquérito por entrevista. As entrevistas foram realizadas, de forma pessoal e também por videochamada, a portugueses com incapacidade motora e a portugueses com

incapacidade visual que frequentassem hotéis, durante as suas viagens turísticas. A posteriori, submeteu-se os dados primários recolhidos a uma análise qualitativa, através da análise de conteúdo o que possibilitou uma discussão de resultados e, por fim, a obtenção de algumas conclusões.

### **1.3. Estrutura da dissertação**

A presente dissertação divide-se em duas partes em sete capítulos. A primeira parte (componente teórica) engloba quatro capítulos: Introdução, Turismo Acessível, Pessoas com incapacidade como segmento da procura turística e Acessibilidade na hotelaria. A segunda parte (estudo empírico) tem como capítulos: a metodologia, a análise e discussão dos resultados e, por fim, as conclusões.

Este capítulo introdutório expõe um enquadramento da temática em estudo, os objetivos a atingir nesta investigação, a metodologia aplicada para os atingir e ainda a estrutura da dissertação.

O capítulo dois, de caráter mais geral, relata a evolução histórica do turismo acessível, seguindo-se com as conceptualizações do conceito e a apresentação dos segmentos existentes no mesmo. Neste capítulo são também referidos os principais benefícios provenientes da prática de acessibilidade no setor turístico.

O terceiro capítulo tem como enfoque primordial a compreensão do segmento do turismo acessível analisado nesta dissertação, as pessoas com incapacidade. Como tal, este apresenta não só as várias definições, os modelos e os tipos de incapacidade, como também o perfil e o comportamento turístico das pessoas com incapacidade e os tipos de constrangimentos ocorrentes na prática turística.

Com o quarto capítulo, pretende-se relacionar o turismo acessível e a hotelaria, mostrando, inicialmente, a evolução da procura e da oferta hoteleira, em Portugal. De seguida, é abordada a conceptualização da acessibilidade e os respetivos parâmetros, o que permite efetuar, posteriormente, uma análise mais concreta sobre a acessibilidade nos hotéis, nas suas diversas etapas. Este capítulo finaliza com as perceções dos gestores hoteleiros e dos hóspedes com incapacidade identificadas em estudos internacionais que têm sido publicados sobre esta temática.

A segunda parte desta dissertação (estudo empírico) inicia com o quinto capítulo onde se realiza uma descrição de todo o desenvolvimento metodológico. Isto é, são referidos os

objetivos do estudo empírico desta dissertação, o método de recolha e o método de análise dos dados utilizado. O capítulo seis foca-se na análise e na discussão dos resultados obtidos nesta investigação. Por fim, o sétimo capítulo apresenta as principais conclusões obtidas neste estudo, as contribuições, as limitações e algumas sugestões sobre futuras investigações sobre a temática em análise.



## **Capítulo 2 - Turismo Acessível**

### **2.1. Introdução**

A indústria turística deve encontrar-se acessível a todos, uma vez que a acessibilidade no turismo é um direito social que diz respeito não só às pessoas com incapacidade, mas também aos idosos, às famílias com crianças pequenas, às pessoas com doenças temporárias ou crónicas e a todos os que, eventualmente, precisem (Fundación ONCE, 2008). Como tal, a sua prática permite beneficiar todo o seu tipo de utilizadores turísticos (Buhalis, Eichhorn, Michopoulou, & Miller, 2005).

Na última década, surgiu uma crescente atenção académica e governamental acerca da relação entre as pessoas com incapacidade e o turismo, na Europa, nas Américas e na Ásia-Pacífico (Bizjak, Knežević, & Cvetrežnik, 2011). Após um longo processo de marcos históricos e do aumento de decretos e regulamentos, a nível nacional e internacional, referente aos direitos das pessoas com incapacidade, ergueu-se uma nova relação entre turismo e incapacidade, incluindo um novo mercado turístico – o turismo acessível (Domínguez, Fraiz, & Alén, 2013; Eichhorn et al., 2008; Richards, Pritchard, & Morgan, 2010).

Deste modo, este segundo capítulo visa a análise da evolução histórica no que diz respeito ao turismo acessível, bem como dos conceitos e dos diferentes segmentos que integram este mercado. O capítulo apresentará ainda os benefícios provenientes da prática de acessibilidade no setor turístico, tanto para a indústria como para os turistas.

### **2.2. Evolução histórica do Turismo Acessível**

Nos últimos anos, tem-se reforçado os direitos das pessoas com incapacidade de viajar e de participar nas atividades turísticas, lazer e desporto, através de legislação e regulamentação a nível internacional, europeu e nacional (Fundación ONCE, 2008), desenvolvendo, especificamente, congressos, planos de ação, declarações, entre outros – que marcaram a história e a evolução do turismo acessível (tabela 2.1).

Denote-se que, em 1948, promulgou-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos, pelas Nações Unidas. Esta afirma que todos os seres humanos nascem livres e são iguais em dignidade e direitos. Como tal, todos têm direito ao descanso e ao lazer (Var et al., 2011). Só no ano de 1975 é que é criada pelas Nações Unidas a Declaração Universal dos Direitos das Pessoas com Incapacidade, de modo a garantir o respeito pela integridade,

pela liberdade individual e pela dignidade das pessoas com incapacidade, bem como fortalecer a proibição de atos discriminatórios perante tais pessoas (Pérez & Velasco, 2003).

Em 1989, surge a Declaração de Manila, realizada pela Organização Mundial do Turismo. Esta associou pela primeira vez os termos de turismo e acessibilidade, reconhecendo que o turismo é um direito fundamental para a qualidade de vida e um veículo essencial para o desenvolvimento humano. O seu principal objetivo foca-se na melhoria das práticas de acesso efetivo e sem discriminação nos serviços de turismo (Domínguez et al., 2013; Organização Mundial do Turismo & Fundación ACS, 2014; Pérez & Velasco, 2003; Var et al., 2011).

No ano 1981, declara-se pela primeira vez o Ano Internacional das Pessoas com Incapacidade, sendo celebrado desde 1998 até a atualidade, no dia 3 de dezembro, o Dia Internacional das Pessoas com Incapacidade (Organização Mundial do Turismo & Fundación ACS, 2014).

De modo a promover a integração e a consciencialização das questões acerca da incapacidade, a Organização Mundial do Turismo (UNWTO) publicou, nos últimos anos, diversas declarações e guias de recomendações e boas práticas sobre a acessibilidade turística, referidas na tabela 2.1.

Tabela 2.1 – Alguns dos principais marcos históricos do Turismo Acessível

Ano	Marco histórico do Turismo Acessível
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos
1963	I Congresso Internacional sobre a Remoção das Barreiras Arquitetónicas
1975	Declaração Universal dos Direitos das Pessoas com Incapacidade
1980	Declaração de Manila
1981	Ano internacional das Pessoas com Incapacidade
1982	Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Incapacidade
1990	<i>Americans with Disabilities Act – ADA</i> (Estados Unidos da América)
1992	<i>Disability Discrimination Act</i> (Austrália)
1995	<i>Disability Discrimination Act – DDA</i> (Reino Unido)
1999	Código Mundial de Ética para o Turismo
2006	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidade
2007	I Congresso sobre Turismo Acessível em Portugal
2008	<i>Disability Discrimination Act</i> (Coreia)
2009	Declaração sobre a facilitação das viagens de turismo
2010	<i>Equality Act</i> (substituição do DDA, Reino Unido)
2011	<i>World Report On Disability</i> (UNWTO)
2012	Guia de Boas Práticas de Acessibilidade na Hotelaria (Turismo de Portugal)
2013	<i>Recommendations on Accessible Tourism</i> (UNWTO)
2014	<i>Manual on Accessible Tourism for All: Principles, Tools and Good Practices, Module I: Definition and Context</i> (UNWTO)
2014	Guia de Boas Práticas de Acessibilidade – Turismo Ativo (Turismo de Portugal)
2015	<i>European Accessibility Act</i>

Tabela 2.1 - Alguns dos principais marcos históricos do Turismo Acessível (continuação)

Ano	Marco histórico do Turismo Acessível
2015	<i>Manual on Accessible Tourism for All: Principles, Tools and Good Practices, Module II: Accessibility Chain and Recommendations</i> (UNWTO)
2015	<i>Manual on Accessible Tourism for All: Principles, Tools and Good Practices, Module III: Principal Intervention Areas</i> (UNWTO)
2015	<i>Manual on Accessible Tourism for All: Principles, Tools and Good Practices, Module IV: Indicators for Assessing Accessibility in Tourism</i> (UNWTO)
2015	<i>Manual on Accessible Tourism for All: Public- Private Partnerships and Good Practices</i> (UNWTO)
2016	<i>World Tourism Day 2016: “Tourism for All – promoting universal accessibility” – Good Practices in the Accessible Tourism Supply Chain</i> (UNWTO)
2016	<i>Manual on Accessible Tourism for All: Principles, Tools and Best Practices World Tourism Organization - Module V: Best Practices in Accessible Tourism</i> (UNWTO)
2016	<i>Accessible Tourism for All: An Opportunity within Our Reach</i> (UNWTO)
2016	<i>UNWTO Recommendations on Accessible Information in Tourism</i> (UNWTO)
2017	Guia de Boas Práticas de Acessibilidade - Comunicação inclusiva em monumentos, palácios e museus (Turismo de Portugal)

Fonte: Elaboração própria com base Accessible Portugal (2018); Câmara Municipal de Lousã (2010); Card et al. (2006); Domínguez et al. (2013); Israeli (2002); Lee, Agarwal, & Kim (2012); Organização Mundial do Turismo & Fundación ACS (2014); Pérez & Velasco (2003); Turismo de Portugal (2018); Var et al. (2011); World Tourism Organization (UNWTO) (2018).



Em Lousã (Portugal), realizou-se o I Congresso Nacional de Turismo Acessível, no ano 2007, promovido pela Câmara Municipal de Lousã, a Provedoria Municipal, o Instituto Nacional para a Reabilitação, a Escola Superior de Educação de Coimbra, a Direção Regional de Economia do Centro, a Associação de Recuperação dos Cidadãos Inadaptados da Lousã e a Associação de Desenvolvimento do Ceira, onde diversos temas foram abordados e compilados numa edição da Revista Turismo & Desenvolvimento (Câmara Municipal de Lousã, 2010).

Também em Portugal, entre 2012 e 2017, a entidade do Turismo de Portugal publicou vários guias digitais de boas práticas de acessibilidade – na Hotelaria (2012), Turismo Ativo (2014) e Comunicação Inclusiva em Monumentos, Palácios e Museus (2017). Estas brochuras apresentam sugestões, comportamentos e exemplos de boas práticas a adotar para os seus respetivos serviços turísticos<sup>1</sup>.

### **2.3. Conceito e tipos de segmento**

Ao longo do tempo, foram realizadas pesquisas que levaram à presença de uma variedade de termos e inúmeras definições de turismo acessível (Domínguez et al., 2013). A tabela 2.2 indica algumas das conceptualizações do turismo acessível, ao longo dos anos, sob a perspetiva de vários autores.

É de realçar que, as definições contempladas na tabela 2.2 focam a importância de todos os *stakeholders* do sistema turístico na promoção do turismo acessível e também não realçam a faixa etária das pessoas que usufruem do mesmo, o que indica que este tipo de turismo é heterogéneo e bastante abrangente. Isto quer dizer que, o turismo acessível implica proporcionar experiências turísticas a qualquer pessoa, independentemente de quaisquer características individuais, tais como: habilidades, idade, altura, raça, sexo, orientação sexual, crenças, ideologia ou formação cultural (European Commission, 2014).

Deste modo, percebe-se que a procura turística pelo turismo acessível assenta não só nas pessoas com incapacidades motoras, sensoriais e intelectuais, sejam elas temporárias ou permanentes, como também nos seniores, nas grávidas, nas pessoas com alergias alimentares, nos obesos, nas famílias acompanhadas de crianças pequenas e nos turistas com bagagens (Darcy, 2006; Darcy & Dickson, 2009; Devile, 2009; European

---

<sup>1</sup> [http://business.turismodeportugal.pt/pt/Gerir/Boas\\_Praticas/Paginas/default.aspx](http://business.turismodeportugal.pt/pt/Gerir/Boas_Praticas/Paginas/default.aspx)

Commission, 2014; Michopoulou et al., 2015; Organização Mundial do Turismo & Fundación ACS, 2014; Pérez & Velasco, 2003; Prates & Garcia, 2009; World Tourism Organization (UNWTO), 2013, 2016; Zajadacz, 2015).

Assim, assegurar a acessibilidade é permitir que todos os segmentos, anteriormente referidos, possam utilizar e usufruir da oferta turística de forma confortável, segura e sem constrangimentos (Devile, 2009).

Tabela 2.2 - Definições de Turismo Acessível

Autor(es)	Definição de Turismo Acessível
(Pérez & Velasco, 2003)	Concebido de forma a garantir o uso e o prazer do turismo por pessoas que têm alguma incapacidade física, mental ou sensorial. Como tal, refere-se à variedade de atividades turísticas disponíveis para pessoas com capacidades restritas, promovendo a sua plena integração e a sua satisfação individual e social.
(Darcy, 2006)	Processo que possibilita que as pessoas com incapacidade e os idosos pratiquem a atividade turística de forma independente, com equidade e dignidade através da entrega de produtos, serviços e ambientes de turismo universal. Esta inclui as dimensões mobilidade, visão, audição e cognitiva do acesso.
(Prates & Garcia, 2009)	Tipo de turismo que possibilita a plena participação em turismo por todas as pessoas que apresentem alguma incapacidade física, psíquica ou sensorial.
(Darcy & Dickson, 2009)	Forma de turismo que envolve processos colaborativos estrategicamente planeados entre as partes interessadas ( <i>stakeholders</i> ) que permitem às pessoas com necessidades especiais de acesso, incluindo mobilidade, visão, audição e dimensões cognitivas de acesso, funcionar de forma independente, com equidade e dignidade através da oferta de produtos, serviços e ambientes turísticos baseados no Desenho Universal.
(Devile, 2009)	Reconhece que qualquer pessoa deve poder usufruir dos equipamentos e dos serviços turísticos, sendo necessário proporcionar uma oferta de serviços e atividades orientadas para os gostos e preferências de pessoas cujas limitações podem corresponder a necessidades e a exigências diferentes de outros segmentos da procura.
ENAT, citada por (European Commission, 2014)	Conjunto de serviços e instalações (como meio físico, transporte, informação, comunicação) que permitem às pessoas com necessidades especiais de acesso, permanentes ou temporárias, usufruir de férias e tempo de lazer sem barreiras particulares ou problemas.
(World Tourism Organization, 2016)	Refere-se à adaptação de ambientes e de produtos e serviços turísticos, de modo a permitir o acesso, o uso e aproveitamento por todos os usuários, sob os princípios do Desenho Universal.
(Lopes, Figueira, & Venâncio, 2017)	Pressupõe a concentração das condições de acessibilidade de todas as componentes do sistema funcional de turismo – alojamento, restauração, atrações turísticas, animação, transportes, informação, serviços, entre outras – e a sua articulação, de forma a proporcionar ao turista uma experiência que contribui para a sua satisfação global no destino.

Fonte: Elaboração própria com base nos autores referidos na tabela

## **2.4. Benefícios da prática de acessibilidade no sector do turismo**

### Vantagem económica

O turismo permite a todos a exploração de novas realidades e a participação ativa em sociedade e, atualmente, as pessoas com incapacidade estão cada vez mais a exigir o seu direito de viajar. Contudo, os serviços turísticos ainda não se encontram totalmente acessíveis, devido à falta de motivação por parte dos agentes turísticos. Dado que o investimento dos *stakeholders* da indústria em estruturas acessíveis está interligado às expectativas de lucro, é fundamental compreender as vantagens económicas associadas a este segmento da procura turística (Devile, 2009; Devile, Garcia, Carvalho, & Neves, 2012).

De acordo com Arellano (2003), torna-se impossível negar que as pessoas com incapacidade são, de facto, um mercado potencialmente importante para o setor de turismo e que a sua abertura pode gerar biliões de euros para esta indústria (citado por Ozturk, Yayli, & Yesiltas, 2008). Tal se confirma nos estudos realizados por Buhalis et al. (2005); Burnett & Baker (2001); Darcy (2010); Darcy et al. (2008); European Commission (2014); Figueiredo, Eusébio, & Kastenholz (2012); Neumann & Reuber (2004). Na tabela 2.3, é possível verificar as várias contribuições económicas da prática turística acessível e das pessoas com incapacidade nos vários destinos turísticos.

Na Europa, de acordo com a European Commission (2014), entre 2012 e 2013, cada pessoa com incapacidade realizou 6,7 viagens diárias, enquanto excursionista, e mais 6,7 viagens, enquanto turista, sendo que no seu total realizaram cerca de 170 milhões enquanto excursionistas e igual número enquanto turistas.

No geral, as pessoas com necessidades especiais de acesso realizaram quase 783 milhões de viagens na União Europeia, gastando por dia, em média, cerca de €80 enquanto excursionistas e mais de €100 enquanto turistas. Acrescente-se que, a estada média nas viagens domésticas foi de sete noites, já nas viagens intercomunitárias foi de aproximadamente dez noites (European Commission, 2014).

Em suma, o turismo acessível fornece um elevado contributo económico, em especial graças às viagens dos excursionistas e turistas com necessidades de acesso realizadas com acompanhantes. Na tabela 2.4, pode-se verificar os efeitos diretos e os efeitos totais, provenientes dos viajantes sem e com acompanhantes. Conclui-se que, este tipo de

turismo tem já um contributo relevante no Rendimento, no Valor Acrescentado Bruto e no Emprego (European Commission, 2014).

Até 2020, estima-se que a procura pelo turismo acessível na União Europeia continue a crescer em 862 milhões de viagens por ano (European Commission, 2014).

Tabela 2.3 - Benefícios económicos provenientes do Turismo Acessível

País	Autor(es)	Benefícios Económicos
Portugal	European Commission, (2014)	<p>Em 2011, existiam 3388 pessoas com necessidades de acesso, sendo que 1934 eram pessoas com 65 ou mais anos e 1454 eram pessoas com incapacidade, entre os 15 e 64 anos.</p> <p>Em 2012, os turistas com incapacidade gastavam em média, €116,1 por dia e os excursionistas com incapacidade €83,9 por dia, em Portugal.</p> <p>Em 2012, os turistas com incapacidade realizaram mais viagens domésticas (67,4%) do que viagens internacionais (9,3%).</p>
Alemanha	Neumann & Reuber, (2004)	<p>Os gastos médios em viagens da população alemã eram cerca de 818€, enquanto que, os turistas com incapacidade gastavam 945€ pelas suas viagens.</p> <p>A maioria dos turistas com incapacidade estaria disposto a pagar um preço potencialmente mais alto pelo uso de instalações e serviços acessíveis.</p> <p>62,3% dos turistas com incapacidade estavam dispostos a pagar uma taxa por ofertas adicionais, entre 100€ a 2000€, sendo que apenas 15% estaria disposto a pagar mais de 200€ por facilidades adicionais solicitadas.</p> <p>A duração média das suas viagens é de 13,9 dias e, em média, cada turista, gasta 65,23€ por dia.</p>
Espanha	Domínguez et al., (2013)	<p>Os turistas espanhóis com incapacidade fazem uma ou mais viagens por ano e a duração média dessas viagens é, maioritariamente, de 5 a 10 dias ou de 2 a 4 dias.</p> <p>O gasto médio dos turistas espanhóis com incapacidade por dia é de €102,87€ e para viagens com duração não superior a cinco dias é de €549,01 a €822,65.</p> <p>Os turistas com incapacidade têm um gasto médio superior ao dos turistas europeus sem incapacidade. Em 2008, despenderam por dia €66,56 em todas as suas viagens de férias; €46,92 em viagens domésticas e €84,01 em viagens internacionais.</p> <p>As opções de viagem das pessoas com incapacidade confirmam a tendência de viajar acompanhadas por familiares e amigos, com ou sem incapacidade.</p>

Tabela 2.3 - Benefícios económicos provenientes do Turismo Acessível (continuação)

<b>País</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Benefícios Económicos</b>
Austrália	Darcy et al., (2008)	<p>Entre 2003 e 2004, os turistas com incapacidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastaram entre €695763,77 milhões e €10374326,29 milhões;</li> <li>- Contribuíram entre 12,27% e 15,60% para o Valor Agregado Bruto do Turismo;</li> <li>- Contribuíram entre 11,01% e 18,26% para o Produto Interno Bruto total do Turismo;</li> <li>- Contribuíram entre 11,6% e 17,3% para o emprego direto no turismo.</li> </ul>
Estados Unidos da América	Burnett & Baker, (2001)	<p>Os turistas com incapacidade, embora não sejam ricos, têm recursos adequados para viajar várias vezes por ano, especialmente por motivos de férias, visitas familiares e cuidados médicos.</p> <p>As pessoas com incapacidade viajariam mais frequentemente se encontrassem mais destinos acessíveis.</p>
Reino Unido	Visit England, (2015)	<p>Pessoas com condições de saúde e incapacidades juntamente com os seus companheiros de viagem, gastam €13,5 biliões por ano em turismo, na Inglaterra;</p> <p>Em 2015, as pessoas com incapacidade pernoveram em média 3,3 noites, em Inglaterra e gastaram em média €236,23 cada. Enquanto que, no geral, a média de noites a pernover pelos turistas é de 2,9 noites e têm um gasto médio de €214,86;</p> <p>O turismo acessível representa 11% das viagens turísticas a pernover, em Inglaterra;</p> <p>Turistas do mercado do turismo acessível são mais propensos a fazer viagens mais longas e a encontrar destinos à beira-mar especialmente atraentes, além disso são bastante leais.</p>

Fonte: Elaboração própria com base nos autores referidos na tabela

Tabela 2.4 – Contribuição económica do Turismo Acessível na União Europeia

	Efeitos Diretos			Efeitos Totais		
	Rendimento Bruto (Milhões €)	Valor Acrescentado Bruto (Milhões €)	Emprego	Rendimento Bruto (Milhões €)	Valor Acrescentado Bruto (Milhões €)	Emprego
<b>Sem acompanhantes</b>	351,936	149,947	4 249	786,294	356,201	8 711
<b>Com acompanhantes</b>	991,263	421,660	11 615	2 218	1 004,187	24 158

Fonte: European Commission (2014)

### Fidelização

É de realçar ainda que, as pessoas com incapacidade viajariam mais do que uma vez por ano, com familiares ou amigos, se pudessem encontrar mais e melhores informações e condições sobre locais turísticos acessíveis (Domínguez et al., 2013; European Commission, 2014). O que quer dizer que, quanto maior for a acessibilidade da oferta turística, maior será o nível de lealdade do turista para com esse agente e maior será o número de recomendações que fará aos seus amigos, familiares e conhecidos (Eichhorn et al., 2008). Segundo Westcott (2004), as pesquisas demonstram que as pessoas com incapacidade são clientes mais fiéis, pois regressam aos destinos que lhes proporcionaram boa acessibilidade (citado por Ozturk et al., 2008). São, portanto, estes fatores de diferenciação baseados na informação, na acessibilidade e na usabilidade como um parâmetro de qualidade, que determinam a satisfação e a fidelidade do cliente (Domínguez et al., 2013).

### Redução da sazonalidade

Ao captar este segmento da população, possibilita-se ainda a redução da sazonalidade que tanto caracteriza o sector turístico (Agovino, Casaccia, Garofalo, & Marchesano, 2017). Tal realidade baseia-se no número elevado de pessoas com incapacidade que não têm responsabilidades laborais. Segundo dados da União Europeia, 51% deste segmento é inativo a nível profissional, por invalidez e aposentadoria (Pérez & Velasco, 2003).

### Potenciais mercados

Como referido na secção 2.3, o mercado potencial de acessibilidade estende-se aos diversos segmentos da população, dado que as oportunidades inclusivas podem ser aprimoradas e beneficiar, desse modo, todos os turistas (Eichhorn et al., 2008).



Estudos estimam que:

- Existem mais de 127 milhões de beneficiários da acessibilidade só na Europa, o que representa 27% da população europeia (Buhalis et al., 2005);
- 53,9% das pessoas com 65 ou mais anos apresentam algum tipo de incapacidade (Burnett & Baker, 2001);
- Entre 2011 a 2020, prevê-se que a população de pessoas com necessidades de acesso, na União Europeia, aumente 1,2% por ano, o que significa que a população total de pessoas com necessidades de acesso passará de 138,6 milhões (2011) para 154,6 milhões (2020) (European Commission, 2014);
- É previsível que a taxa de crescimento da população idosa seja muito maior do que taxa de crescimento das pessoas com incapacidade, o que confirma a importância do mercado sénior como potencial força motriz do turismo acessível (European Commission, 2014);
- Tendo em conta o envelhecimento da população acentuado, estima-se que, em 2020, a procura do mercado sénior turístico atinja 518 647 mil viagens, o que corresponde a 60% da procura turística acessível total na União Europeia (European Commission, 2014).

### Melhoria da imagem

Para além disso, a prática da acessibilidade impulsiona também a melhoria da imagem do destino. Oferecer uma imagem de um destino dirigido a qualquer pessoa, sem qualquer distinção e exclusão, contribui para o desenvolvimento turístico do mesmo, até porque as diferenças de imagem entre os destinos turísticos não estão nos seus produtos em concreto, mas na satisfação emocional que fornecem, ou seja, na maneira como turismo é vivido e desfrutado (Pérez & Velasco, 2003).

### Benefícios para os turistas com incapacidade

Além dos benefícios económicos provenientes do turismo acessível, é importante realçar os benefícios para os turistas, em especial para os turistas com incapacidade. As pessoas com incapacidade têm as mesmas necessidades e desejos, comparativamente às outras pessoas, no que diz respeito à prática de atividades turísticas (Blichfeldt & Nicolaisen, 2011; Buhalis et al., 2005; Yau, McKercher, & Packer, 2004). Como todos, estas pessoas, enquanto turistas, também sentem a necessidade de escapar das obrigações do seu dia-a-dia, apesar dos motivos porque o desejam possam ser diferentes (Blichfeldt & Nicolaisen,

2011). Desta forma, é de esperar que o valor e a importância atribuídos às experiências turísticas sejam semelhantes para as pessoas com incapacidade.

O descanso do trabalho, as novas experiências, o alargamento de horizontes, a oportunidade de aprendizagem, o contacto com outras culturas, a promoção da tolerância intercultural, o desenvolvimento pessoal e social, as visitas a familiares e amigos, a promoção da saúde física e mental, e, por fim, a melhoria global do bem-estar e da qualidade de vida são referidos por vários autores como os principais benefícios do turismo (Gilbert & Abdullah, 2004; Moura, 2014; Shaw & Coles, 2004).

Não obstante, sendo o turismo uma atividade interativa e participativa nos vários domínios da vida social, denotou-se que este também poderá trazer efeitos positivos significativos ao nível da inclusão social. Segundo Moura (2014), os benefícios sentidos pelos turistas com incapacidade consistem em benefícios de participação social, como o desenvolvimento cognitivo, a inclusão social e a diminuição do sentimento de isolamento; em benefícios de perceção de independência, tais como a compreensão das suas limitações e grau de dependência e as relações de interdependência com novas pessoas, e por último, em benefícios de reabilitação – fortalecimento das capacidades físicas, desenvolvimento da personalidade e aumento das capacidades sociais.

Já a autora Devile (2014) sistematiza os benefícios em três dimensões como: a integração na comunidade, a reabilitação e a melhoria da qualidade de vida. Refere ainda que, os benefícios para as pessoas com incapacidades são diversificados e assumem uma outra importância face aos contextos pessoais dos indivíduos, por vezes limitadores na participação ativa na sociedade.

Há estudos que salientam o facto das experiências turísticas serem sentidas com maior intensidade pelas pessoas com incapacidade, quer através das relações interpessoais estabelecidas, quer através do fortalecimento da sua autoestima (Daniels, Drogin Rodgers, & Wiggins, 2005; Devile, 2014).

## **2.5. Conclusão**

Este capítulo surgiu como abordagem inicial à temática deste estudo. Primeiramente, descreveu-se a evolução e os marcos históricos do turismo acessível, ao longo dos anos, e concluiu-se que, foram criados diversos atos legislativos e outras ações, de maneira a garantir o acesso das pessoas com incapacidade às experiências turísticas, com qualidade

e independência. Alguns desses atos legislativos decretam que a indústria turística deve adaptar os seus serviços aos parâmetros estipulados por lei, contudo, muitos dos agentes turísticos limitam-se apenas aos parâmetros legais e, como tal, o acesso das pessoas com incapacidade ao turismo ainda é condicionado (Veitch & Shaw, 2011).

Em segundo lugar, apresentou-se o quadro conceptual do turismo acessível, através das perspetivas de diferentes autores. Depreendeu-se que o turismo acessível consiste em permitir que todos, sejam pessoas com incapacidade motora, sensorial ou cognitiva, temporárias ou permanentes; seniores; grávidas; pessoas com alergias alimentares; obesos; famílias acompanhadas de crianças pequenas ou turistas com bagagens, possam usufruir da atividade turística, através de um conjunto de infraestruturas, equipamentos e serviços, de forma única, acessível e sem constrangimentos.

Por último, abordou-se os benefícios provenientes da prática de acessibilidade no setor turístico, sendo possível denotar que, o desenvolvimento de um turismo acessível fornece vantagens diferenciadoras e altamente competitivas para os destinos turísticos. Isto porque, o mercado da incapacidade apresenta uma dimensão potencial atrativa e ainda inexplorada, o que culminará num aumento significativo de benefícios económicos, diretos e indiretos para os destinos turísticos (Agovino et al., 2017; Moura, 2014).

Em suma, verificou-se que a prática turística ao longo da vida contribuí eficazmente para a adaptação e para uma melhoria contínua da qualidade de vida. Os benefícios das experiências turísticas para as pessoas com incapacidade não se restringem apenas aos benefícios de curto prazo - descanso, benefícios físicos e espirituais, autoestima. Estes também têm efeitos a longo prazo, permitindo adquirir várias competências que se refletem num aumento do bem-estar geral e da qualidade de vida dos participantes (Blichfeldt & Nicolaisen, 2011; Devile, 2014).



## **Capítulo 3 - Pessoas com incapacidade como segmento da procura turística**

### **3.1. Introdução**

O turismo é um bem social de primeira necessidade, fundamental na qualidade de vida, e por essa razão deve se encontrar ao alcance de qualquer pessoa, independentemente das suas condições económicas, físicas e sociais. Ainda assim, grande parte das pessoas com algum tipo de incapacidade enfrenta inúmeras dificuldades no acesso às atividades turísticas, nomeadamente pela existência de constrangimentos nos vários setores da indústria turística (Devile, 2009).

As pessoas com incapacidade têm participado cada vez mais nas atividades turísticas, como resultado do seu crescente grau de integração económica e social, contudo, ainda se verifica a existência de muitos obstáculos e barreiras de todos os tipos que dificultam o acesso aos serviços turísticos (Organização Mundial do Turismo & Fundación ACS, 2014). Como se verificou no capítulo anterior, a acessibilidade não é um requisito apenas para pessoas com incapacidade, dado que não são os únicos beneficiários dela. Deste modo, os destinos turísticos que ecoam essas exigências e as entendem como medidas positivas, evoluirão na oferta dos seus produtos e serviços, e, portanto, estarão a facilitar a experiência turística e a melhorar a qualidade de vida de todos os seus cidadãos e visitantes (Organização Mundial do Turismo & Fundación ACS, 2014).

Por conseguinte, este capítulo pretende abordar as pessoas com incapacidade como um segmento da procura turística. Inicialmente, são referidos os conceitos de incapacidade, através dos modelos médico e social, bem como as classificações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os vários tipos de incapacidade existentes. De seguida, serão definidos o perfil e o comportamento turístico deste segmento e, em conclusão, apresentar-se-á os vários constrangimentos que condicionam a prática turística por parte deste segmento.

### **3.2. Incapacidade**

A definição e a mensuração da incapacidade tornaram-se tema de crescente interesse, especialmente com o aumento da esperança média de vida e dos doentes crónicos. A falta de uma definição clara e concreta dos termos “deficiência ou incapacidade” tem sido apresentada como um impedimento para a promoção da saúde de pessoas com deficiência. Diferentes sistemas definem deficiência ou incapacidade, tendo em conta as

suas próprias necessidades e regulações. Todavia, as definições em geral carecem de critérios específicos, impossibilitando determinações mais precisas (Nubila & Buchalla, 2008).

A incapacidade tem sido analisada através de vários modelos, destacando-se a dialética de “modelo médico” versus “modelo social”. O modelo médico surgiu através de investigações médicas associadas ao período pós-Segunda Guerra Mundial (Darcy, 2003). Na abordagem médica, a incapacidade é considerada um problema da pessoa, causada diretamente por uma doença, trauma ou outro problema de saúde, ou seja, as pessoas são vistas como resultado da sua perda psicológica ou fisiológica (Amiralian et al., 2000; Darcy & Buhalis, 2011; OMS, 2004). Os defensores desta abordagem não consideram o papel do ambiente envolvente como fator de influência (Darcy & Buhalis, 2011; Mângia, Muramoto, & Lancman, 2008). De acordo com Oliver (1996, citado por Darcy, 2003 e Darcy & Buhalis, 2011), o modelo médico integra duas componentes:

- O problema da incapacidade encontra-se dentro do indivíduo como sua "falha";
- As causas deste problema surgem das limitações funcionais ou perdas psicológicas que decorrem da incapacidade.

Também segundo Oliver (1996, citado por Darcy, 2003 e Darcy & Buhalis, 2011), estes componentes são fundamentados na "teoria da tragédia pessoal da incapacidade". É essa premissa que vê a intervenção médica através do tratamento e reabilitação como uma tentativa de normalizar as pessoas com incapacidade.

Pelo contrário, desafiando os fundamentos do modelo médico, o modelo social considera a incapacidade como uma restrição resultante dos obstáculos provocados pela sociedade que não inclui as pessoas incapacitadas nas atividades sociais principais. Isto quer dizer que, a incapacidade surge da interação entre as funções estruturais do indivíduo com o meio social e é diferente de uma doença ou mal-estar, dado que a generalidade das pessoas com incapacidade vive fora das instalações médicas (Amiralian et al., 2000; Darcy, 2003; Darcy & Buhalis, 2011; OMS, 2004). O modelo social assenta em três elementos (Darcy & Buhalis, 2011):

- As experiências vivenciadas pelas pessoas com incapacidade;
- A identificação da incapacidade como a combinação das limitações físicas com os constrangimentos construídos socialmente;

- A clarificação conceptual que facilita aos investigadores de incapacidade diminuir constrangimentos que levam ao empobrecimento e à disfunção das pessoas com incapacidade.

Em 1980, a OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagem (CIDID), de maneira a distinguir os conceitos de Deficiência, Incapacidade e Desvantagem (Nubila & Buchalla, 2008), referenciados na tabela 3.1.

De acordo com a CIDID, existe uma relação de causalidade entre deficiências (perdas ou anormalidades corporais), incapacidades (restrições de habilidade provocadas por lesões) e desvantagens (desvantagens resultantes de deficiências ou incapacidades) – tabela 3.1. Um corpo com lesões experimentaria restrições de habilidades, o que levaria a pessoa a situações de desvantagem social. Isto quer dizer que, o sistema proposto pela CIDID classificava a diversidade corporal como consequência de doenças ou anormalidades, além de considerar que as desvantagens eram causadas pela incapacidade do indivíduo com lesões de se adaptar à vida social. Para a CIDID, a deficiência fundamentava-se em termos estritamente biológicos, ou seja, era a natureza quem determinava a desvantagem e não os sistemas sociais ou económicos (Diniz, Medeiros, & Squinca, 2007).

Tabela 3.1 - Distinção semântica dos conceitos da CIDID

<b>Deficiência</b>	<b>Incapacidade</b>	<b>Desvantagem</b>
Da linguagem Da audição (sensorial) Da visão	De falar De ouvir (de comunicação) De ver	Na orientação
Músculo – esquelética (física)  De órgãos (orgânica)	De andar (de locomoção) De assegurar a subsistência no lar (posição do corpo e destreza) De realizar a higiene pessoal De se vestir (cuidado pessoal) De se alimentar	Na independência física Na mobilidade  Nas atividades da vida diária
Intelectual (mental) Psicológica	De aprender De perceber (aptidões particulares) De memorizar De relacionar-se (comportamento) De ter consciência	Na capacidade ocupacional   Na integração social

Fonte: Amiralian et al. (2000)

Quanto à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), esta foi também criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em maio de 2001, a partir

da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) - em inglês, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* ou ICIDH (Nubila & Buchalla, 2008; OMS, 2004).

A CIF pode ser entendida como uma revisão da CIDID, passando de uma classificação de corpos com lesões (CIDID) para uma avaliação complexa da relação indivíduo e sociedade (CIF) (Diniz et al., 2007). Através desta classificação, a OMS tem como objetivo proporcionar uma linguagem unificada e padronizada em relação aos componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde, retratando os aspetos de funcionalidade, incapacidade e saúde das pessoas (Nubila & Buchalla, 2008; OMS, 2004). Como é possível averiguar pela tabela 3.2, esta classificação subdivide-se em duas partes, estritamente ligadas, cada uma com dois componentes: Funcionalidade e Incapacidade (Funções e Estruturas do corpo, Atividades e Participação) e Fatores Contextuais (Fatores Ambientais e Fatores Pessoais), sendo este um processo interativo e evolutivo (OMS, 2004).

Posto isto, é possível averiguar que, na CIF, o termo deficiência corresponde a alterações apenas no nível do corpo, enquanto o termo incapacidade é mais abrangente, indicando os aspetos negativos da interação entre um indivíduo (com uma determinada condição de saúde) e os seus fatores contextuais (fatores ambientais ou pessoais), ou seja, algo que envolva uma relação dinâmica. Tal significa que, um indivíduo pode apresentar uma deficiência (ao nível do corpo), mas não viver, necessariamente, com qualquer tipo de incapacidade. Em oposição, uma pessoa pode viver com uma incapacidade sem ter nenhuma deficiência, apenas em razão de estigma ou preconceito (Nubila & Buchalla, 2008).



Tabela 3.2 - Visão geral da classificação CIF

	Funcionalidade e Incapacidade		Fatores Contextuais	
Componentes	Funções e Estruturas do Corpo	Atividades e Participação	Fatores Ambientais	Fatores Pessoais
Domínios	Funções do Corpo  Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (tarefas, ações)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudança nas funções do corpo(fisiológicas)  Mudança nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade de Execução de tarefas num ambiente padrão  Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspetos positivos	Integridade funcional e estrutural	Atividades  Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspetos negativos	Deficiência	Limitação da atividade  Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

Fonte: OMS (2004)

Na tabela 3.3, encontram-se as diferenças de conceitos entre as duas classificações referidas anteriormente e ambas definidas pela Organização Mundial de Saúde.

Tabela 3.3 - Diferenças entre as classificações da OMS

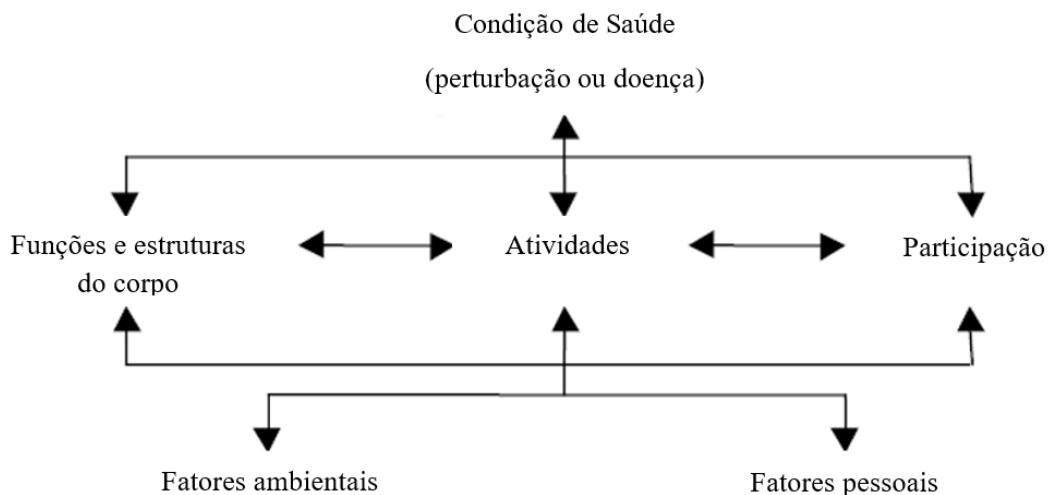
Classificação	Conceitos
CIDID	<b>Deficiência:</b> perdas ou anomalias ao nível psicológico, anatómico ou fisiológico, de caráter temporário ou permanente.
	<b>Incapacidade:</b> restrição ou falta de habilidade (permanente ou temporária) para realizar uma atividade do que é considerada normal para um ser humano, provocada por lesões.
	<b>Desvantagem:</b> resulta de uma deficiência ou incapacidade, que impede o desempenho de um papel normal.
CIF	<b>Funcionalidade:</b> refere-se a todas as funções do corpo e desempenho de tarefas ou ações como um termo genérico.
	<b>Incapacidade:</b> termo genérico para deficiências, limitações de atividades e restrições à participação, com os qualificadores de capacidade ou desempenho.
	<b>Funções do corpo:</b> funções fisiológicas ou psicológicas dos sistemas do corpo.
	<b>Estruturas do corpo:</b> são as partes anatómicas do corpo tais como órgãos, membros e outros componentes.
	<b>Atividade:</b> é a execução de uma tarefa ou ação por parte de um indivíduo.
	<b>Participação:</b> é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.
	<b>Fatores ambientais:</b> constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.
	<b>Fatores pessoais:</b> constituem as características particulares, como a o género, a idade, as motivações e a autoestima.
	<b>Deficiências:</b> são problemas na função ou estrutura corporal, tais como um desvio ou perda significativos.
	<b>Limitação da atividade:</b> a dificuldade que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades.
	<b>Restrição da participação:</b> o problema que um indivíduo pode experimentar no envolvimento em situações reais da vida.

Fonte: Elaboração própria com base em Battistella & Brito (2001); Darcy & Buhalis (2011); Diniz et al. (2007); Farias & Buchalla (2005); Mângia et al. (2008); Nubila & Buchalla (2008); OMS (2004); World Health Organization (2013)

A figura 3.1 demonstra e possibilita compreender a interação entre os vários componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Nesta figura, averigua-se que a funcionalidade de um indivíduo num domínio específico é uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais

(ambientais e pessoais). Estas interações funcionam nos dois sentidos, são específicas e nem sempre ocorrem numa relação unívoca previsível (OMS, 2004).

Figura 3.1 - Interação entre componentes da CIF



Fonte: Adaptado de Farias & Buchalla (2005; Mângia et al. (2008); Nubila & Buchalla (2008); OMS (2004); World Health Organization (2013)

Expostas as classificações e os modelos de incapacidade, é importante referir, ainda, os diversos tipos de incapacidade. Darcy & Buhalis (2011a), ao estudar o conceito de incapacidade, definiram os tipos de incapacidade, bem como a descrição e as dificuldades percebidas e enfrentadas pelas pessoas, em cada um deles, como indica a tabela 3.4.

Para além disso, de acordo com Devile (2009), existem diferentes formas de incapacidade, distinguindo a incapacidade permanente da incapacidade de natureza temporária. A incapacidade permanente é caracterizada pela condição definitiva das limitações de capacidades laborais, humanas ou sociais. Pelo contrário, a incapacidade temporária refere-se a uma condição passageira que impossibilita a realização de determinadas tarefas.

Tabela 3.4 - Tipos de incapacidade

<b>Tipo de incapacidade</b>	<b>Descrição</b>	<b>Dificuldades</b>
<b>Motora</b>	Diferentes níveis de restrições de mobilidade física, que afetam as pernas, os pés, as costas, o pescoço, os braços ou as mãos.	Tarefas físicas e motoras; movimentos independentes; execução das atividades básicas.
<b>Sensorial</b>	A visão é limitada ou ausente; indivíduos completamente surdos ou com dificuldades auditivas.	Redução da performance nas tarefas que requerem uma visão e audição perfeita; dificuldades com a comunicação escrita, oral e auditiva.
<b>Comunicativa</b>	Limitação, incapacidade ou atraso para usar linguagem expressiva e/ou recetiva.	Limitação das capacidades de discurso, tais como articulação; problemas com a compreensão e o uso de linguagem falada, escrita ou simbólica.
<b>Intelectual / Saúde mental</b>	Doenças ao longo da vida, com múltiplas etiologias que resultam num distúrbio de comportamento.	Controlo limitado das funções cognitivas; dificuldade com o comportamento adaptativo e em perceber conceitos abstratos; desorganização de padrões de aprendizagem.
<b>Não visível</b>	Várias doenças.	Problemas de coração; dificuldades respiratórias; problemas em controlar os níveis de açúcar no sangue; desordem do sistema nervoso.

Fonte: Adaptado de Darcy & Buhalis (2011, p. 34)

Denote-se que, é, de igual modo, importante referir a existência de vários graus de incapacidade. Tome-se como exemplo, os componentes classificados na CIF (figura 3.1), sendo que todos eles são quantificados através da mesma escala genérica. Um problema pode significar uma deficiência, limitação, restrição ou barreira, dependendo do constructo. As palavras de qualificação apropriadas devem ir de acordo com o domínio de classificação relevante: onde xxx. significa o número de domínio do segundo nível, mencionado na tabela 3.5. A indicação de “não há problema” ou “problema completo” pode ter uma margem de erro até 5%. Um "problema moderado" é quantificado a meio da escala de dificuldade total (OMS, 2004). Por exemplo, entre as funções do corpo, a “visão” é definida como a possibilidade de uma pessoa ver objetos com nitidez a distâncias variadas, além do campo visual e da qualidade da visão, enquanto a gravidade

da dificuldade de visão pode ser codificada como de nível leve, moderado, grave ou completo (Nubila & Buchalla, 2008).

Tabela 3.5 - Domínios de classificação da CIF

<b>xxx.0</b> Não Há Problema	(Nenhum, Ausente, Insignificante)	0-4%
<b>xxx.1</b> Problema Ligeiro	(Leve, Pequeno, ...)	5-24%
<b>xxx.2</b> Problema Moderado	(Médio, Regular, ...)	25-49%
<b>xxx.3</b> Problema Grave	(Grande, Extremo, ...)	50-95%
<b>xxx.4</b> Problema Completo	(Total, ...)	96-100%
<b>xxx.8</b> Não Especificado		
<b>xxx.9</b> Não Aplicável		

Fonte: Elaboração própria com base em Battistella & Brito (2001); OMS (2004); World Health Organization (2011)

### 3.3. Perfil sociodemográfico e comportamento turístico

#### Perfil sociodemográfico

De acordo com Morelli, Nocco, Petrillo, & Stolfi (2004), a maioria dos turistas com incapacidade que realmente viajam são do género feminino (mais de 50%), enquanto que o género masculino representa apenas cerca de 45% desses viajantes. Relativamente à faixa etária, estes possuem idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos de idade. É de realçar que, o mercado potencial de procura apresenta maior peso que o mercado explícito de procura, uma vez que grande parte deste segmento gostaria de viajar, mas não pode fazê-lo devido à falta de instalações e serviços adequados às suas necessidades.

#### Comportamento turístico

- Planeamento da viagem e fontes de informação

No que concerne ao planeamento da viagem dos turistas com incapacidade, este é considerado um processo demorado e complexo, pois todas as etapas exigem tempo de planeamento significativo e um especial cuidado aos pormenores (Daniels et al., 2005). A duração média do tempo de planeamento de férias domésticas é cerca de 47,7 dias, sendo que o grupo com faixa etária entre os 15 a 25 anos, os grupos de rendimento médio mensal, os licenciados, os estudantes, as mulheres e os solteiros, são os grupos que apresentam, habitualmente, maior período de planeamento (Var et al., 2011).

Prates & Garcia (2009) defendem que o processo de planificação e realização de uma viagem acessível é algo complexo, uma vez que os turistas ainda enfrentam algumas

dificuldades, descritas na tabela 3.6, consoante os elementos turísticos: reserva, restauração, transporte, alojamento e atividades de lazer. Desta forma, é responsabilidade dos agentes da oferta turística reunir condições e esforços para eliminar estas dificuldades, de modo que as pessoas com incapacidade possam usufruir de uma experiência turística em pleno.

Tabela 3.6 - Principais dificuldades no planeamento de uma viagem acessível

<b>Elemento</b>	<b>Dificuldades</b>
Reserva	Meio de transporte a selecionar. Transferes inacessíveis. Hotel a selecionar (de acordo com a incapacidade). Visitas adequadas às restrições de mobilidade. Falta de um profissional especializado/sensibilizado para aconselhar adequadamente cada caso.
Restauração	Entrada inacessível. Mesas inadequadas para cadeiras de rodas. Espaço interior inacessível. WC inacessível. Falta de pessoal especializado/sensibilizado para informar e acompanhar cada caso.
Transporte	Terminais inacessíveis. Interior dos transportes inacessível. Saída e acesso ao estabelecimento turístico inacessível. Falta de pessoal especializado/sensibilizado para informar e acompanhar cada caso.
Alojamento	Receção inacessível. Sala de refeições inacessíveis. Quarto inacessível. WC interior e exterior inacessível. Elevador inacessível. Exterior do estabelecimento inacessível. Reduzido número de quartos. Falta de pessoal especializado/sensibilizado para informar e acompanhar cada caso.
Atividades de lazer	Museus, teatros, casas de espetáculo inacessíveis. Falta de WC acessível. Atividades não projetadas para pessoas com dificuldades de locomoção. Falta de pessoal especializado/sensibilizado para informar e acompanhar cada caso.

Fonte: Elaboração própria com base em Prates & Garcia (2009)

Relativamente à informação disponível, os turistas com incapacidade, especialmente com incapacidade motora, valorizam imenso o fornecimento de informação adequada por

parte dos agentes turísticos, aquando o planeamento das suas viagens (Neumann & Reuber, 2004). Segundo Buhalis, Eichhorn, Michopoulou, & Miller (2005), as pessoas com incapacidade viajariam muito mais vezes por ano e com mais membros da família e amigos, se encontrassem mais informações e melhores sites acessíveis. Na tabela 3.7, é possível averiguar quais as principais fontes de informação utilizadas pelas pessoas com incapacidade, no planeamento das suas viagens turísticas.

Tabela 3.7 - Fontes de informação consultadas pelas pessoas com incapacidade

<b>Fontes de informação</b>
Internet. Agências de viagens e operadores turísticos. Opiniões e recomendações de amigos. Postos de turismo. Organizações. Televisão e Rádio.

Fonte: Elaboração própria com base Blichfeldt & Nicolaisen (2011); Burnett & Baker (2001); Darcy et al. (2008); European Commission (2014); Freeman & Selmi (2010); González & Alonso (2004); Governo Federal (2013); Kérout, (2001); Neumann & Reuber (2004); Var et al. (2011)

Para além disso, os turistas com incapacidade são mais propensos a realizar viagens domésticas, justificando-se pela escassa informação disponibilizada sobre outros destinos, pelo risco associado à viagem e pelos recursos médicos (Buhalis et al., 2005). Além disso, demonstram uma maior preferência por viagens durante a época baixa, seja por férias ou fins-de-semana curtos, enquanto que os restantes turistas optam por meses de época alta. Isto deve-se ao facto dos turistas com incapacidade afirmarem não serem dependentes de férias escolares/públicas, e, em muitos dos casos, o clima é mais favorável (Buhalis et al., 2005; European Commission, 2014; Figueiredo et al., 2012; Kastenholz et al., 2012; Kérout, 2001; Morelli et al., 2004; Neumann & Reuber, 2004).

- **Frequência de viagem**

Segundo Var et al. (2011), as pessoas com incapacidade viajam para férias, em média, pelo menos uma vez em dois anos, tendo em conta que quanto maior for o rendimento mensal, maior é a frequência para viajar em férias. As pessoas com incapacidade e idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos viajam com maior frequência comparativamente às pessoas com incapacidade de outras faixas etárias. Quanto às pessoas com incapacidade desempregadas ou com baixo rendimento mensal, estes viajam com menor frequência em relação às pessoas com incapacidade com rendimentos superiores.

- Duração de viagem

No que diz respeito à duração média de viagem dos turistas com incapacidade, não existe um consenso, dado que segundo Buhalis et al. (2005), esta duração varia de país para país. Contudo, vários estudos indicam que a duração das viagens dos turistas com incapacidade é superior à dos restantes turistas (European Commission, 2014; Kéroul, 2001; Luiza, 2010; Neumann & Reuber, 2004).

Domínguez, Fraiz, & Alén (2013) e Kéroul (2001) verificaram nos seus estudos que a estada média dos turistas com incapacidade estaria entre os cinco e os dez dias, já os estudos de Morelli et al. (2004) e de Var et al. (2011) fazem referência a uma estada média superior, entre 13 a 14 dias, respetivamente. Não obstante, Neumann & Reuber (2004) determinaram que, na Alemanha, os turistas com incapacidade viajam, em média, por 13,9 dias e que as “short breaks” têm uma duração média de 3,39 dias.

- Destinos turísticos

Conforme a pesquisa de Morelli et al. (2004), 82% das pessoas com incapacidade, na Alemanha, escolhem o seu destino turístico, em primeiro lugar, com base na existência de instalações de alojamento acessíveis, depois então de acordo com a oportunidade de se deslocar dentro e em torno do território do destino, de seguida pela acessibilidade dos meios de transporte que ligam o destino ao local de residência, pela facilidade de organização da viagem e pelas atividades culturais.

Os estudos realizados por González & Alonso (2004), Kastenholtz et al. (2012) e Figueiredo et al. (2012) demonstram que os turistas com incapacidade optam por destinos de praia, dado serem destinos associados a um maior grau de acessibilidade e para além disso, ambicionam por destinos de montanha, apesar de ainda pouco visitados.

Acrescente-se que, consoante Kéroul (2001), a atratividade de um destino varia de acordo com a faixa etária, como evidenciado na tabela 3.8.



Tabela 3.8 - Atratividade de um destino de acordo com a faixa etária do turista com incapacidade de acordo com o estudo de Kéroutl (2001)

<b>Faixa Etária</b>	<b>Desporto (%)</b>	<b>Natureza (%)</b>	<b>Cultura (%)</b>
18 – 24 anos	32	16	38
25 – 34 anos	29	19	23
35 – 44 anos	25	25	24
45 – 54 anos	26	18	44
55 – 64 anos	27	20	51
65 ou mais anos	17	21	57

Fonte: Adaptado de Kéroutl (2001)

Esta tabela demonstra a importância que as atrações culturais têm, em particular para os turistas seniores. Revela também que os turistas com incapacidade mais jovens, apesar das limitações, interessam-se por experiências mais aventureiras e desportivas.

- Acompanhamento

As pessoas com incapacidade não costumam viajar sozinhas, normalmente, vão acompanhadas por familiares e amigos (Buhalis et al., 2005; Domínguez et al., 2013; European Commission, 2014; Figueiredo et al., 2012; Kastenholz et al., 2012; Kéroutl, 2001; Luiza, 2010; Morelli et al., 2004; Neumann & Reuber, 2004; Var et al., 2011). Além disso, muitas delas necessitam, por vezes, de assistência pessoal para realizarem as viagens. Tal fator demonstra a potencialidade económica proveniente do turismo acessível para o setor turístico (Buhalis et al., 2005; Domínguez et al., 2013; European Commission, 2014; Figueiredo et al., 2012; Kastenholz et al., 2012; Kéroutl, 2001; Luiza, 2010; Morelli et al., 2004; Neumann & Reuber, 2004; Var et al., 2011).

- Motivações de viagem

Realce-se a importância em determinar as motivações dos turistas com incapacidade, pois só assim é possível compreender e explicar o porquê de alguns turistas estarem dispostos a grandes esforços para ultrapassem os diversos constrangimentos enquanto que outros não (Devile, Kastenholz, & Santiago, 2010). As pessoas com incapacidade possuem motivações semelhantes aos restantes segmentos, tais como: tirar férias, divertir-se, relaxar, aliviar a pressão, procura por um clima saudável, desenvolver capacidades intelectuais e físicas, experienciar a natureza, visitar familiares e amigos, conhecer novos lugares e novas culturas, participar em eventos ou reuniões laborais, ir a consultas médicas,

entre outros (Burnett & Baker, 2001; González & Alonso, 2004; Governo Federal, 2013; Neumann & Reuber, 2004; Var et al., 2011).

- Transporte

Os meios de transporte são extremamente importantes no turismo acessível, pois se estes não se encontrarem acessíveis, não possibilitam a deslocação dos turistas com incapacidade e, como tal, não viajam. Segundo estudos como Burnett & Baker (2001); Devile et al. (2010); European Commission (2014); Figueiredo et al. (2012); González & Alonso (2004); Kéroul (2001); Morelli et al. (2004); Neumann & Reuber (2004); Var et al. (2011), o automóvel privado (modificado ou não) é o meio de transporte preferencialmente eleito pelos turistas com incapacidade. Em menor percentagem, são escolhidos os aviões e os transportes públicos como os comboios, especialmente pela faixa etária de 25 a 34 anos. Contudo, estes costumam ser menos acessíveis (comboios, autocarros, metro).

Denote-se que, é muito importante para os viajantes com incapacidades, em especial, visuais, que tanto o local de origem como o local do destino tenham algum sistema de orientação, como mapas de alta resolução ou pisos táteis no chão de aeroportos e estações. Estes permitem que as pessoas com incapacidade visual tenham orientação e que se movam autonomamente (Morelli et al., 2004).

- Alojamento

O alojamento é outro elemento turístico de extrema importância, dado que o grau de acessibilidade dos serviços de alojamento é um dos principais critérios para a seleção de um destino. Todavia, é difícil encontrar instalações que possam responder plenamente às suas necessidades, apesar da presença de normas e diretrizes específicas na legislação nacional (Morelli et al., 2004).

Em conformidade com diversos estudos, verificou-se que os turistas com incapacidade possuem maior preferência por hotéis ou pela casa de familiares e amigos para pernoitarem durante as suas viagens turísticas (Burnett & Baker, 2001; Devile et al., 2010; European Commission, 2014; Figueiredo et al., 2012; González & Alonso, 2004; Morelli et al., 2004; Neumann & Reuber, 2004; Var et al., 2011). Devido aos objetivos desta investigação este tema será analisado em maior profundidade no capítulo 4.

### 3.4. Constrangimentos à prática turística

Quando decidem viajar, todas as pessoas enfrentam algum tipo de constrangimento, todavia, as pessoas com incapacidade encaram outros constrangimentos específicos que limitam ou impedem as suas opções, podendo influenciar a sua vontade em participar noutras atividades turísticas (Daniels et al., 2005; McKercher et al., 2003). Esses constrangimentos variam em conformidade com o tipo de incapacidade adquirida e afetam, por consequência, o nível de satisfação obtido dessa experiência turística (Devile et al., 2010; Figueiredo et al., 2012).

Na tabela 3.9, é possível averiguar a diversidade de denominações atribuídas aos vários constrangimentos à prática turística enfrentados pelas pessoas com incapacidade.

Tabela 3.9 - Tipo de constrangimentos à prática turística, segundo cada autor

<b>Autor(es)</b>	<b>Denominação dos constrangimentos</b>
Smith (1987)	Ambientais, interativos e intrínsecos
Crawford e Godbey (1987)	Intrapessoais, interpessoais e situacionais
Murray & Sproats (1990)	Económicos, físicos e atitudinais
Smith et al. (2001)	Intrínsecos e ambientais
McKercher et al. (2003)	Internos (intrínsecos e económicos) e externos (ambientais e interativos)
Devile et. al (2012)	Intrapessoais, interpessoais ou estruturais
Agovino, Casaccia, Garofalo, & Marchesano (2017)	Ambientais, económicos, intrínsecos
Kong & Loi (2017)	Físicos, atitudinais e psicológicos
Devile & Kastenholz (2018)	Estruturais, intrapessoais e interpessoais

Fonte: Elaboração própria com base em Card, Cole, & Humphrey (2006); Daniels et al. (2005); Devile, Kastenholz, & Santiago (2012); Figueiredo et al. (2012); McKercher et al. (2003)

Apesar dessa diversidade de termos, vários autores concordam que os constrangimentos subdividem-se em dois grupos: os internos e os externos (Card et al., 2006; McKercher et al., 2003), sendo que os internos (tabela 3.10), referem-se aos constrangimentos intrínsecos e aos constrangimentos económicos e representam os primeiros obstáculos a serem superados pela pessoa com incapacidade para que se torne ativa na atividade turística (McKercher et al., 2003).

Tabela 3.10 – Constrangimentos internos à prática turística por pessoas com incapacidade

Internos	
Intrínsecos	Económicos
Falta de conhecimento. Habilidades sociais ineficazes. Constrangimentos relacionadas à saúde. Constrangimentos físicos ou psicológicos.	Acessibilidade económica. Disparidade de rendimentos. Necessidade de companheiros de viagem e instalações especiais.

Fonte: Adaptado de McKercher et al. (2003)

Os **constrangimentos intrínsecos** associam-se ao estado psicológico, à funcionalidade e às capacidades cognitivas do indivíduo (Daniels et al., 2005), que, segundo vários estudos, referem-se à personalidade, aos sentimentos, às emoções psicológicas, aos medos, ao stress, à ansiedade, à falta de conhecimento acerca das opções disponíveis, à autoestima, à ineficácia das habilidades sociais e aos outros problemas de saúde (Daniels et al., 2005; Devile et al., 2010; Devile, Kastenholz, et al., 2012; González & Alonso, 2004; Kong & Loi, 2017; McKercher et al., 2003; Yau et al., 2004).

Em geral, as pessoas com incapacidade encaram maiores **constrangimentos económicos** (Agovino et al., 2017; Card et al., 2006; European Commission, 2014; Figueiredo et al., 2012; Freeman & Selmi, 2010; Veitch & Shaw, 2011), uma vez que possuem baixos rendimentos ou encontram-se desempregados e dependem dos benefícios sociais. Todavia, as pessoas com incapacidade, apesar de possuírem rendimentos inferiores, têm tendência a poupar mais para viajar, o que pode explicar gastos mais elevados por viagem do que os restantes turistas (Neumann & Reuber, 2004).

De acordo com González & Alonso (2004) e McKercher et al. (2003), os turistas não viajam mais pelos custos que acrescem às viagens, originados pela sua condição de incapacidade, como por exemplo, a compra ou aluguer de equipamento adaptado, o alojamento e o transporte personalizado e, em alguns casos, a necessidade de assistência pessoal.

Quando os constrangimentos internos são superados, o turista depara-se com os constrangimentos externos (tabela 3.11) – ambientais e interativos - que o podem inibir da atividade turística, limitar as suas opções de escolha ou determinar o nível de satisfação com as viagens realizadas (McKercher, Packer, Yau, & Lam, 2003).

Tabela 3.11 - Constrangimentos externos à prática turística por pessoas com incapacidade.

Externos	
Ambientais	Interativos
Arquitetónico/acessibilidade do alojamento. Caminhos, trilhos e colinas. Transporte. Regras e regulamentos. Segurança.	Desafios de habilidades e incongruências. Desafios de comunicação. Falta de encorajamento para participar. Atitudes e hospitalidade dos agentes da indústria de viagens. Disponibilidade e precisão das informações.

Fonte: Adaptado de McKercher et al. (2003)

**Os constrangimentos ambientais** são considerados como um dos principais constrangimentos à prática turística (Agovino et al., 2017; Daniels et al., 2005; Devile, Kastenholz, et al., 2012; European Commission, 2014; Figueiredo et al., 2012; Israeli, 2002; Kéroul, 2001; Var et al., 2011) e surgem pelas limitações causadas pela sociedade e pelo ambiente envolvente, impedindo o acesso aos serviços e às infraestruturas do setor turístico (Agovino et al., 2017; Card et al., 2006; Loi & Kong, 2017; Pérez & Velasco, 2003).

Segundo Card et al. (2006), os turistas com incapacidade enfrentam maiores constrangimentos de acessibilidade no alojamento, em especial nos hotéis, seguidamente aos restaurantes e bares. Para os turistas com incapacidade, os constrangimentos arquitetónicos são os mais frequentes e os mais importantes na escolha do destino turístico (Neumann & Reuber, 2004; Pérez & Velasco, 2003; Veitch & Shaw, 2011) sendo que os hotéis são o seu meio de alojamento preferencial (Figueiredo et al., 2012). De acordo com Freeman & Selmi (2010), na França e no Canadá, as unidades hoteleiras estão aptas para receber hóspedes com incapacidade, contudo, excluem os que possuem incapacidades sensoriais.

Nas unidades hoteleiras, as pessoas com incapacidade, seja ela motora ou sensorial, enfrentam ainda diversos constrangimentos ambientais tais como (European Commission, 2014; Pérez & Velasco, 2003; Poria, Reichel, & Brandt, 2011; Prates & Garcia, 2009):

- Quartos pequenos ou com móveis mal posicionados;
- Objetos inalcançáveis em altura e posição;
- Falta de informação tátil e em braille;

- Casas-de-banho de espaço reduzido ou com banheira sem cadeira de banho;
- Inexistência de *roll in shower* nas casas-de-banho adaptadas;
- Lavatórios desajustados;
- Inexistência ou mau posicionamento das barras de apoio;
- Ausência de elevadores ou elevadores inadaptados para pessoas invisuais e para pessoas de cadeira de rodas;
- Espaço reduzido de circulação nas várias áreas comuns;
- Número limitado de lugares reservados a pessoas com incapacidade motora nos estacionamento;
- Balcão da receção extremamente alto para pessoas de cadeira de rodas;
- Portas estreitas, pesadas ou com aberturas difíceis;
- Inacessibilidade de acesso e nos serviços da restauração;
- Casas-de-banho públicas não adaptadas;
- Rampas de acesso íngremes, sem corrimão ou com piso escorregadio;
- Equipamentos inacessíveis;
- Falta de zona antiderrapante no chão.

No que diz respeito às atrações turísticas, em concordância com o estudo de Israeli (2002), verificou-se que estas não se encontram aptas nem preparadas para receber visitantes com incapacidade e que os elevadores foram considerados fundamentais, numa lista de atributos de acessibilidade (elevadores, estacionamento, rampas de acesso, etc.). Alguns dos constrangimentos ambientais são bastante frequentes nas atrações turísticas como, por exemplo, a inexistência de elevador ou a pouca capacidade de espaço no mesmo; a falta de adaptação dos sistemas de alarme; a arquitetura dos locais; a falta de áudio-guias, sinalética, casas-de-banho e parques de estacionamento adaptados; as praias inadaptadas, bem como a falta de acessos adaptados aos espaços históricos e de comércio (European Commission, 2014; Israeli, 2002; Prates & Garcia, 2009).

Denote-se que, se o ambiente circundante for projetado universalmente, qualquer pessoa pode usufruir do espaço e do serviço nele praticado, visto que circular pelo ambiente físico é uma parte fundamental na viagem para qualquer turista. No caso dos turistas com incapacidade visual, o ambiente físico poderá ser melhorado com auxiliares de navegação e identificação, como, por exemplo, cores contrastantes e número de obstáculos reduzidos ao mínimo (Loi & Kong, 2017).

Importante realçar que, praticar turismo é impensável sem meio de transporte e deslocação. De acordo com as investigações de González & Alonso (2004) e Governo Federal (2013), os meios de transporte considerados mais acessíveis são os aviões e os menos acessíveis são os transportes públicos (comboios e autocarros), uma vez que os seus terminais e o seu interior são inacessíveis, existe falta de colaboradores especializados e sensibilizados para acompanhar cada pessoa e a entrada e saída dos locais não possuem acessibilidades, igualmente (Prates & Garcia, 2009).

**Os constrangimentos interativos** encontram-se associados à interação social com outros indivíduos, inclusive com os colaboradores da indústria turística e a sua respetiva hospitalidade, bem como à disponibilidade e precisão das informações (Agovino et al., 2017; Card et al., 2006; Daniels et al., 2005; McKercher et al., 2003).

Alguns estudos indicam que ainda são reveladas atitudes negativas face às pessoas com incapacidade por parte da sociedade (Kong & Loi, 2017) e dos colaboradores do setor turístico (Card et al., 2006) e que poucas são as organizações turísticas que promovem a formação e a consciencialização (Loi & Kong, 2017; Richards et al., 2010). Isto deve-se, provavelmente, à falta de exposição a pessoas com incapacidade, aos sentimentos de desconforto e à ignorância sobre as aptidões das pessoas com incapacidade (Card et al., 2006; Devile, Kastenholz, et al., 2012; Loi & Kong, 2017; McKercher et al., 2003). Consoante o estudo de Card et al. (2006), os constrangimentos enfrentados devido às atitudes dos colaboradores verificam-se em maior número na área da restauração. Já o estudo de McKercher et al. (2003) refere as agências de viagem como o setor com maior queixas relativas a essas atitudes negativas, pois para os agentes de viagem, a incapacidade por si só já é um obstáculo e impedimento à participação turística. Segundo Loi & Kong (2017), os colaboradores do setor turístico e da hospitalidade estão dispostos a ajudar, mas a sua falta de conhecimento e formação pode prejudicar os seus esforços. Como tal, a solução para estes constrangimentos passa pela formação dos colaboradores e pela sensibilização e exposição à incapacidade (Atef, 2011; Card et al., 2006; Freeman & Selmi, 2010; Loi & Kong, 2017; Ozturk et al., 2008).

No que diz respeito à informação disponível relativa à oferta turística, a indústria turística não é ainda totalmente inclusiva (Buhalis et al., 2005; Eichhorn et al., 2008; European Commission, 2014; Governo Federal, 2013; Kong & Loi, 2017), pois necessita de ser recente, explícita, constantemente atualizada e estar acessível e disponível em todos os formatos (Agovino et al., 2017; Eichhorn et al., 2008). Segundo Buhalis et al., (2005)

quanto maior forem os requisitos de acessibilidade, mais informação é solicitada pelos turistas com incapacidade. Até porque, de acordo com os estudos de Domínguez et al. (2013) e European Commission (2014), se estes turistas possuísem mais e melhor informação sobre as acessibilidades dos locais turísticos, viajariam mais do que uma vez por ano e com mais amigos e familiares. É de realçar que, uma informação desatualizada ou inadequada provoca problemas no planeamento da viagem, obrigando as pessoas com incapacidade a desistir dos seus planos. Um dos serviços em que a informação disponível e exata das acessibilidades é imprescindível é no alojamento, pois a escolha do hotel antecede, muitas das vezes, a escolha do destino (Blichfeldt & Nicolaisen, 2011).

### **3.5. Conclusão**

Neste capítulo retratou-se as pessoas com incapacidade como segmento da procura turística. Desse modo, num primeiro momento, expôs-se os modelos que visam definir o termo incapacidade, a conceptualização de incapacidade de acordo com as classificações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e os vários tipos de incapacidade existentes. A partir de tudo isto, determinou-se que, a incapacidade não é uma tragédia individual, mas sim uma condição (Diniz et al., 2007).

Seguidamente, definiu-se o perfil e o comportamento turísticos das pessoas com incapacidade. De maneira a prover serviços e produtos turísticos adequados e orientados para o cliente, é fundamental entender o seu perfil e o seu comportamento enquanto turistas com incapacidade. Verificou-se que, as pessoas com incapacidade:

- Planeiam e decidem as suas viagens, de acordo com a acessibilidade existente e as suas necessidades específicas;
- Necessitam de informação concreta e acessível sempre disponível;
- Viajam, pelo menos uma vez por ano, tratando-se, maioritariamente, de viagens domésticas, com preferência pela época baixa;
- As suas viagens tendem a ter uma duração maior que as dos restantes turistas;
- Viajam, na grande maioria das vezes, acompanhados por amigos e familiares;
- Têm motivações turísticas semelhantes às das restantes pessoas;
- Dão preferência ao automóvel privado nas suas deslocações;
- Elegem os hotéis como meio de alojamento preferencial.

Por fim, foram expostos os vários constrangimentos à prática turística e constatou-se que, os turistas com incapacidade enfrentam diversos tipos de constrangimentos nas várias



etapas da sua viagem turística. Como referido ao longo desta investigação, apesar da existência de alguns estudos nesta temática, os produtos e os serviços turísticos ainda carecem de algumas condições de acessibilidade, o que continua a provocar constrangimentos à prática turística, dificultando o acesso ao turismo (Organização Mundial do Turismo & Fundación ACS, 2014).



## **Capítulo 4 - Acessibilidade na Hotelaria**

### **4.1. Introdução**

O segmento de pessoas com incapacidade tem-se tornado imprescindível na indústria do turismo, por todo o mundo, uma vez que o poder de viajar é tanto um direito humano para uma pessoa capacitada como para uma pessoa que sofre de algum tipo de incapacidade. Como tal, são necessárias duas pré-condições para atender este mercado: instalações/facilidades adequadas e recursos humanos qualificados e sensibilizados (Ozturk, Yayli, & Yesiltas, 2008).

No que concerne aos estabelecimentos hoteleiros, estes são espaços turísticos de prestação de serviços que visam o bem-estar e a acomodação dos clientes que os procuram, essencialmente, para pernoitar. Por este motivo, deverão se encontrar acessíveis a todos os segmentos da procura e possuir colaboradores preparados para satisfazer as necessidades dos seus clientes. Contudo, tal situação ainda não se verifica. Algumas unidades hoteleiras promovem-se como locais acessíveis, porém, ainda necessitam de realizar grandes melhorias (Atef, 2011; Card et al., 2006). Outras encontram-se aptas para receber hóspedes com incapacidade motora, contudo, negligenciam os clientes com incapacidade sensorial, como é o caso da maioria dos hotéis na França e no Canadá, segundo um estudo realizado por Freeman & Selmi (2010).

Realce-se que, apesar de existirem estudos relacionados com hóspedes com incapacidade, grande parte desses estudos concentra-se no ambiente físico do hotel e ignora praticamente áreas como os restaurantes, os bares, as piscinas e outras áreas comuns, bem como a interação entre esses hóspedes e os funcionários do hotel. É necessário, então, explorar cada vez mais esta temática, tendo por base as experiências em unidades hoteleiras de pessoas com incapacidade (Poria et al., 2011). Posto isto, este capítulo visa abordar a acessibilidade e a prática da mesma na hotelaria. Iniciando-se com um contexto evolutivo da procura e da oferta hoteleira, em Portugal, esta secção fará uma abordagem à acessibilidade e aos seus componentes que permitirá, posteriormente, efetuar uma análise sobre os parâmetros de acessibilidade a cumprir nos diversos espaços e serviços dos hotéis. Por fim, serão apresentadas as perceções dos agentes hoteleiros e dos hóspedes com incapacidade acerca da acessibilidade dos hotéis, de acordo com outros estudos realizados.

## **4.2. Hotelaria em Portugal**

### **4.2.1. Evolução da procura hoteleira**

O alojamento é considerado um serviço fundamental na realização de uma viagem turística. Ao longo dos anos, tem-se verificado um crescimento no número de hóspedes em Portugal. Em 2016, 86,8% das dormidas registadas em alojamento turístico ocorreram em estabelecimentos hoteleiros, sendo que foram registados 14 624 898 hóspedes nos hotéis portugueses (tabela 4.1), o que representa 68,8% do total de hóspedes registados em todos os estabelecimentos hoteleiros - hotéis, pensões, estalagens, pousadas, motéis, hotéis-apartamentos, aldeamentos turísticos e apartamentos turísticos (INE, 2017). Segundo os últimos dados estatísticos do INE, em 2016, a Área Metropolitana de Lisboa, o Norte e o Centro de Portugal foram as zonas com mais hóspedes no país. Ao longo dos últimos 15 anos, verificou-se que Portugal teve uma variação de 132,10% no seu número de hóspedes de unidades hoteleiras (tabela 4.1). Contudo, este crescimento não se caracteriza como contínuo, devido às descidas de valores registados nos anos 2003 e 2009. Conclui-se ainda que, o Norte (183,04%), o Alentejo (146,66%) e a Região Autónoma dos Açores (149,08%) são os NUTS II que demonstram uma maior variação no seu número de hóspedes em unidades hoteleiras, superando a variação registada em Portugal, na sua totalidade (tabela 4.1).

Tabela 4.1 - Número de hóspedes nos hotéis em Portugal por NUTS II

	Portugal	Norte	Centro	A.M. Lisboa	Alentejo	Algarve	R.A. Açores	R.A. Madeira
<b>2002</b>	6 300 992	1 179 107	1 043 691	2 237 674	261 567	892 331	185 768	500 854
<b>2003</b>	6 249 080	1 113 316	1 069 294	2 229 600	230 055	906 618	187 680	512 517
<b>2004</b>	6 660 878	1 138 997	1 145 056	2 480 752	261 450	923 820	227 828	482 975
<b>2005</b>	7 166 458	1 241 254	1 205 960	2 599 751	268 571	1 087 350	259 080	504 492
<b>2006</b>	7 879 703	1 408 714	1 303 562	2 840 299	282 232	1 190 114	276 037	578 745
<b>2007</b>	8 556 412	1 563 808	1 441 026	3 054 347	328 763	1 259 241	287 445	621 782
<b>2008</b>	8 635 977	1 610 397	1 484 962	3 065 174	330 693	1 212 490	292 838	639 423
<b>2009</b>	8 358 392	1 645 600	1 457 558	2 911 830	344 945	1 124 541	272 154	601 764
<b>2010</b>	9 178 195	1 805 218	1 602 594	3 269 413	394 176	1 246 572	292 872	567 350
<b>2011</b>	9 753 988	2 010 422	1 722 767	3 393 166	429 010	1 314 157	291 381	593 085
<b>2012</b>	9 838 003	2 138 659	1 649 257	3 507 287	427 251	1 240 110	278 476	596 963
<b>2013</b>	10 443 418	2 308 570	1 687 962	3 762 560	441 969	1 292 153	285 064	665 140
<b>2014</b>	11 926 356	2 584 479	1 902 233	4 326 158	515 578	1 566 561	316 808	714 539
<b>2015</b>	13 100 303	2 953 410	2 136 213	4 632 007	578 137	1 639 141	391 854	769 541
<b>2016</b>	14 624 898	3 337 369	2 409 808	5 056 582	645 184	1 827 595	462 702	885 658
<b>Varição Total (%)<sup>2</sup></b>								
	132,10	<b>183,04</b>	130,89	125,97	<b>146,66</b>	104,81	<b>149,08</b>	76,83

Fonte: Elaboração própria com base em INE (2004a, 2004b, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017)

No que concerne ao número de dormidas nos hotéis em Portugal, em 2016, registou-se o valor histórico de 36 235 209 dormidas e uma variação de 107,81% ao longo destes 15 anos. É possível verificar que, os valores das mesmas têm vindo a aumentar à exceção dos anos 2003, 2008 e 2009, devido à diminuição dos valores no mercado internacional (tabela 4.2). Apesar disso, é notório que o mercado internacional apresenta regularmente valores superiores em comparação ao mercado nacional, tanto no número de dormidas como no número de hóspedes, sendo os principais emissores: o Reino Unido, a Alemanha, a Espanha e a França (INE, 2017). Estes valores demonstram a clara e significativa importância que o mercado internacional tem para as unidades hoteleiras em Portugal.

<sup>2</sup> Fórmula:  $(\text{ano}_1 - \text{ano}_0) / \text{ano}_0 * 100$

Tabela 4.2 - Número de dormidas e número de hóspedes nos hotéis em Portugal por mercado

	<b>DORMIDAS (Nº)</b>			<b>HÓSPEDES (Nº)</b>		
	<b>Total em Portugal</b>	<b>MERCADO</b>		<b>Total em Portugal</b>	<b>MERCADO</b>	
		<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>		<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>2002</b>	17 436 480	5 413 355	12 023 125	6 300 992	2 827 750	3 473 242
<b>2003</b>	16 546 253	5 521 154	11 025 099	6 249 080	2 881 599	3 367 481
<b>2004</b>	17 249 539	5 820 285	11 429 254	6 660 878	3 039 660	3 620 912
<b>2005</b>	18 594 500	6 412 300	12 182 200	7 166 458	3 372 800	3 793 700
<b>2006</b>	20 629 400	6 977 200	13 652 200	7 879 703	3 644 400	4 235 300
<b>2007</b>	22 141 345	7 464 676	14 676 669	8 556 412	3 959 249	4 597 163
<b>2008</b>	21 689 824	7 485 083	14 204 741	8 635 977	4 004 543	4 631 434
<b>2009</b>	20 384 570	7 622 260	12 762 310	8 358 392	4 099 903	4 258 489
<b>2010</b>	21 846 374	8 310 455	13 535 919	9 178 195	4 482 976	4 695 219
<b>2011</b>	23 837 277	8 392 772	15 444 505	9 753 988	4 573 996	5 179 984
<b>2012</b>	24 289 093	7 935 474	16 353 619	9 838 003	4 430 894	5 407 109
<b>2013</b>	26 100 320	8 059 279	18 041 041	10 443 418	4 485 350	5 958 068
<b>2014</b>	29 678 900	9 317 200	20 361 700	11 926 356	5 093 777	6 832 579
<b>2015</b>	32 268 927	10 011 885	22 257 042	13 100 303	5 509 617	7 590 686
<b>2016</b>	36 235 209	10 868 029	25 367 180	14 624 898	5 960 408	8 664 490
<b>Variação total (%)<sup>2</sup> acima</b>						
	107,81	100,76	110,99	132,10	110,78	149,46

Fonte: Elaboração própria com base em INE (2004a, 2004b, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017)

Para concluir a evolução da procura hoteleira, averiguou-se o indicador da estada média em Portugal, entre 2002 e 2016. A partir da tabela 4.3, é possível verificar que, no que concerne a todos os alojamentos turísticos, a estada média tem vindo a diminuir ao longo do tempo, tendo-se registado variações entre os valores 2,9 e 2,8 desde 2009 até 2016. Nos hotéis, a estada média tem vindo também a decrescer, sendo que 2,5 noites é o valor registado desde 2012. Ainda que as estadas médias tenham vindo a diminuir tanto no mercado nacional como no mercado internacional, denota-se que são os estrangeiros que pernoitam por mais tempo em hotéis, com uma estada média ao longo dos anos superior (2,9 noites em 2015 e em 2016).

Tabela 4.3 - Estada média nos hotéis em Portugal por mercado

		<b>Estada média nos hotéis em Portugal</b>		
	<b>Estada média em alojamentos turísticos</b>	<b>Total</b>	<b>Mercado Nacional</b>	<b>Mercado Internacional</b>
<b>2002</b>	3,2	2,6	1,9	3,2
<b>2003</b>	3,3	2,6	1,9	3,3
<b>2004</b>	3,1	2,6	1,9	3,2
<b>2005</b>	3,1	2,6	1,9	3,2
<b>2006</b>	3	2,6	1,9	3,2
<b>2007</b>	3	2,6	1,9	3,2
<b>2008</b>	2,9	2,5	1,9	3,1
<b>2009</b>	2,8	2,4	1,9	3
<b>2010</b>	2,8	2,4	1,9	2,9
<b>2011</b>	2,8	2,4	1,8	3
<b>2012</b>	2,9	2,5	1,8	3
<b>2013</b>	2,9	2,5	1,8	3
<b>2014</b>	2,8	2,5	1,8	3
<b>2015</b>	2,8	2,5	1,8	2,9
<b>2016</b>	2,8	2,5	1,8	2,9

Fonte: Elaboração própria com base em INE (2004a, 2004b, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017)

#### **4.2.2. Evolução da oferta hoteleira**

Nos últimos 15 anos, observou-se que, à exceção do ano 2010, o número de pessoas que contribuem para a atividade dos hotéis (pessoal ao serviço) tem vindo a aumentar. Contudo, Portugal conta somente com uma variação de 51,18%, com destaque à NUT II - Região Autónoma da Madeira que apresenta a menor variância (4,69%) de pessoal ao serviço nos hotéis, entre 2002 e 2016 (tabela 4.4).

Tabela 4.4 - Pessoal ao serviço na hotelaria em Portugal por NUTS II

	<b>Portugal</b>	<b>Norte</b>	<b>Centro</b>	<b>A.M. Lisboa</b>	<b>Alentejo</b>	<b>Algarve</b>	<b>R.A. Açores</b>	<b>R.A. Madeira</b>
<b>2002</b>	24 965	3 294	1 719	8 765	436	5 593	1 003	4 155
<b>2003</b>	25 435	3 124	3 075	7 408	570	6 050	1 030	4 178
<b>2004</b>	26 815	3 153	3 314	8 024	565	6 365	1 314	4 080
<b>2005</b>	27 746	3 393	3 370	8 202	669	6 524	1 439	4 149
<b>2006</b>	27 540	3 530	3 573	7 879	690	6 637	1 415	3 816
<b>2007</b>	28 224	3 536	3 582	8 461	727	6 725	1 410	3 783
<b>2008</b>	29 553	3 736	3 823	8 819	751	7 176	1 505	3 743
<b>2009</b>	29 745	3 931	3 706	9 887	887	6 339	1 405	3 590
<b>2010</b>	28 599	4 034	4 018	8 436	942	6 444	1 310	3 415
<b>2011</b>	29 776	4 586	4 138	8 682	997	6 570	1 355	3 448
<b>2012</b>	29 804	4 811	4 148	8 507	1 005	6 517	1 290	3 526
<b>2013</b>	30 675	4 678	4 008	9 098	1 040	6 841	1 344	3 666
<b>2014</b>	32 603	4 820	4 192	9 573	1 136	7 502	1 475	3 905
<b>2015</b>	34 869	5 267	4 289	10 259	1 269	8 125	1 553	4 107
<b>2016</b>	37 743	5 652	4 747	10 889	1 336	8 968	1 801	4 350
	<b>Variação total (%)<sup>2</sup></b>							
	51,18	71,58	176,15	24,23	206,42	60,34	79,56	<b>4,69</b>

Fonte: Elaboração própria com base em INE (2004a, 2004b, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017)

Relativamente ao número de unidades hoteleiras, meio de alojamento turístico abordado neste estudo, este tem vindo a crescer entre 2002 e 2016, com uma variação de 137,88%, em Portugal (tabela 4.5). Através da mesma tabela, verifica-se que as NUTS II: Alentejo (300%), Região Autónoma dos Açores (195,65%), Norte (194,39%) e Centro (162,07%) são as que mais contribuíram para o aumento do número de hotéis em território português.



Tabela 4.5 - Número de hotéis em Portugal por NUTS II

	<b>Portugal</b>	<b>Norte</b>	<b>Centro</b>	<b>A.M. Lisboa</b>	<b>Alentejo</b>	<b>Algarve</b>	<b>R.A. Açores</b>	<b>R.A. Madeira</b>
<b>2002</b>	520	107	116	123	22	79	23	50
<b>2003</b>	546	107	125	126	24	82	31	51
<b>2004</b>	563	106	129	135	24	85	34	50
<b>2005</b>	607	118	141	136	30	93	37	52
<b>2006</b>	622	122	151	135	30	94	37	53
<b>2007</b>	634	127	155	139	35	91	36	51
<b>2008</b>	659	136	162	143	36	90	37	55
<b>2009</b>	681	141	167	146	38	91	38	60
<b>2010</b>	771	163	192	163	52	103	39	59
<b>2011</b>	873	205	218	175	60	112	42	61
<b>2012</b>	988	250	252	192	71	116	44	63
<b>2013</b>	1 039	258	259	208	79	120	47	68
<b>2014</b>	1 121	275	272	225	85	126	66	72
<b>2015</b>	1 164	297	277	237	84	129	66	74
<b>2016</b>	1 237	315	304	250	88	135	68	77
	<b>Variação total (%)<sup>2</sup></b>							
	137,88	<b>194,39</b>	<b>162,07</b>	103,25	<b>300,00</b>	70,89	<b>195,65</b>	54,00

Fonte: Elaboração própria com base em INE (2004a, 2004b, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017)

No que diz respeito à capacidade de alojamento (tabela 4.6), ao longo dos anos, existiram oscilações, ainda assim, a maioria dos anos marcou-se por um crescimento no número de camas de hotéis. O Alentejo (177,34%), a Região Autónoma dos Açores (132,66%), o Norte (129,28%) e o Centro de Portugal (101,19%) foram as NUTS II que apresentaram maior variância entre 2002 e 2016, quanto à sua capacidade de alojamento nos hotéis. Todavia, é na Área Metropolitana de Lisboa (27,05%), no Algarve (20,04%) e no Norte (18,57%) onde se registam maior número de camas, ou seja, maior capacidade de alojamento, a nível nacional, em 2016. Nesse mesmo ano, verificou-se um total de 201 507 camas de hotéis.

Tabela 4.6 - Capacidade de alojamento nos hotéis em Portugal por NUTS II

	<b>Portugal</b>	<b>Norte</b>	<b>Centro</b>	<b>A.M. Lisboa</b>	<b>Alentejo</b>	<b>Algarve</b>	<b>R.A. Açores</b>	<b>R.A. Madeira</b>
<b>2002</b>	104 727	16 317	17 078	30 933	2 665	21 007	3 686	13 041
<b>2003</b>	109 528	16 597	18 570	31 227	2 948	22 260	4 568	13 358
<b>2004</b>	115 750	16 517	19 339	34 437	3 037	23 931	5 260	13 229
<b>2005</b>	126 445	18 926	20 394	35 896	3 490	27 546	6 308	13 885
<b>2006</b>	127 423	19 306	21 510	35 358	3 411	27 204	6 311	14 323
<b>2007</b>	129 552	20 068	21 737	36 897	3 853	26 540	6 258	14 199
<b>2008</b>	137 328	22 677	23 272	38 448	3 942	27 500	6 523	14 966
<b>2009</b>	141 575	23 347	23 859	39 465	4 355	28 056	6 705	15 788
<b>2010</b>	149 347	24 662	25 541	41 384	5 145	30 424	6 667	15 524
<b>2011</b>	160 981	27 881	28 404	42 688	5 744	33 577	6 943	15 744
<b>2012</b>	166 106	30 936	29 934	44 032	6 117	32 002	6 763	16 322
<b>2013</b>	173 802	31 991	31 060	46 703	6 397	33 354	7 140	17 157
<b>2014</b>	184 844	34 174	31 226	49 012	6 875	37 671	7 905	17 981
<b>2015</b>	190 060	35 570	31 955	51 205	7 294	37 864	8 059	18 113
<b>2016</b>	201 507	37 412	34 360	54 502	7 391	40 375	8 576	18 891
	<b>Variação total (%)<sup>2</sup></b>							
	92,41	<b>129,28</b>	<b>101,19</b>	76,19	<b>177,34</b>	92,20	<b>132,66</b>	44,86
	<b>Capacidade de Alojamento nos hotéis em 2016 (%)</b>							
	100	<b>18,57</b>	17,05	<b>27,05</b>	3,67	<b>20,04</b>	4,26	9,37

Fonte: Elaboração própria com base em INE (2004a, 2004b, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017)

### 4.3. Acessibilidade

De acordo com López et al (2004), a acessibilidade refere-se a diferentes dimensões da atividade humana, fundamentais para interagir em qualquer meio ambiente, sendo elas: a mobilidade, a comunicação, a compreensão e o uso. Através do seu estudo, é possível compreender e identificar problemas que podem ser encontrados, tanto nas instalações físicas do hotel como na prestação de serviço.

#### **4.3.1. Dimensões da acessibilidade**

A mobilidade refere-se à condição de movimento, isto é, ao deslocamento ou à transferência da própria pessoa de um sítio para outro (seja em que direção for: vertical, horizontal, etc.), bem como à apreensão e ao alcance das coisas, de forma independente, com ajuda externa ou através de um meio de transporte (López, Fernando & Quera, 2004). As pessoas mais prejudicadas com a ausência de tais condições são as que sofrem de incapacidade físico-motora, pois utilizam cadeiras de rodas ou muletas para deslocação, com o auxílio de rampas e elevadores (Dischinger & Ely, 2006).

A comunicação é o processo onde ocorre emissão, receção ou troca de informação entre duas ou mais pessoas, de forma direta ou indireta, e através de linguagem - falada, escrita, gesticulada ou assinada. Esta dimensão engloba tudo o que seja relativo ao uso de símbolos e sinais para sinalização (López, Fernando & Quera, 2004). Nos hotéis, as pessoas com incapacidade a nível sensorial auditivo e cognitivo (limitadas na produção linguística) enfrentam maiores dificuldades, devido à falta de funcionários capacitados em língua gestual para proceder à comunicação com os clientes no atendimento (Dischinger & Ely, 2006).

A compreensão consiste na capacidade de entender as informações que foram recebidas durante a comunicação, seja através de meios físicos, eletrónicos, virtuais ou até mesmo de forma interpessoal. Isto é, quando o recetor entende o significado do que o emissor quer transmitir, seja qual for a forma em que foi transmitido – idioma, escrita, sinalética, software, entre outros (López, Fernando & Quera, 2004). Realce-se que comunicação não é sinónimo de compreensão.

O uso refere-se à capacidade de uma pessoa utilizar um produto ou um serviço, e/ou interagir com um equipamento físico ou virtual, de forma fácil, confortável e segura num determinado ambiente (López, Fernando & Quera, 2004). As pessoas com incapacidade físico-motora (ausência de força física, coordenação motora, precisão ou mobilidade) possuem maiores limitações para utilizar equipamentos e/ou realizar atividades, tais como: alcançar uma estante com altura inadequada ou aproximar-se de uma bancada. Já as pessoas com restrição visual têm dificuldades em visitar, por exemplo, exposições de

arte, devido à ausência de dispositivos de áudio-descrição ou textos em braille<sup>3</sup> (Dischinger & Ely, 2006).

Desta forma, a acessibilidade deve ser vista como um processo complexo que implica que todas as suas dimensões funcionem, pois cada uma delas requer outra para se concluir. Portanto, deve-se tentar cumprir com todas as dimensões, para que a acessibilidade ocorra de forma integral (López, Fernando & Quera, 2004).

#### **4.3.2. Acessibilidade nos hotéis**

O alojamento é fundamental para quem viaja para um local exterior à sua residência habitual, contudo, a falta de acessibilidade ou adaptação do mesmo cria um constrangimento à prática turística das pessoas com incapacidade (Burnett & Baker, 2001; Darcy, 2002; Yau et al., 2004). Isto porque, estes turistas precisam de um alojamento onde possam aceder, no mínimo, ao quarto e à casa-de-banho (Darcy, 2010b).

Segundo Ely & Silva (2009), todos os edifícios deveriam ser acessíveis, sejam eles moradias, locais de trabalho ou de lazer. Ao longo dos anos têm sido aprovados vários decretos-lei a favor da acessibilidade dos edifícios públicos e coletivos, também aplicáveis a estabelecimentos hoteleiros. As autoras afirmam que, as unidades hoteleiras devem cumprir, no mínimo, as exigências e os requisitos da legislação, para garantir que todos os hóspedes – com ou sem incapacidade – consigam realizar as suas atividades de forma segura e adequada, até porque qualquer pessoa pode enfrentar algum tipo de limitação – física, cognitiva ou psicológica, num determinado momento da sua vida.

Como tal, de acordo com a legislação portuguesa, o Governo Português declara que:

A promoção da acessibilidade constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas, sendo um meio imprescindível para o exercício dos direitos que são conferidos a qualquer membro de uma sociedade democrática, contribuindo decisivamente para um maior reforço dos laços sociais, para uma maior participação cívica de todos aqueles que a integram e, consequentemente, para um crescente aprofundamento da solidariedade no Estado social de direito (Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto, 2006, p. 5670).

De maneira a alcançar a acessibilidade, o Governo Português emitiu vários Decretos-Leis, ao longo dos anos, destinados a melhorar as condições de acessibilidade das infraestruturas em território português (tabela 4.7).

---

<sup>3</sup> Sistema de escrita tátil utilizado por pessoas cegas ou com baixa visão.

Tabela 4.7 - Decretos-Leis alusivos à Acessibilidade das Infraestruturas em território nacional

Decreto-Lei	Acessibilidade	
Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto (alteração ao Decreto-Lei n.º 123/1997, de 22 de maio.	<b>Objeto</b> <b>(Artigo 1º)</b>	Definição das condições de acessibilidade nos espaços públicos, equipamentos coletivos e edifícios públicos e habitacionais.
	<b>Áreas abrangidas de interesse turístico</b> <b>(Artigo 2º)</b>	Igrejas e outros edifícios destinados ao exercício de cultos religiosos. Museus, teatros, cinemas e salas de congresso e conferências e, ainda, bibliotecas públicas. Edifícios ou instalações destinadas a atividades recreativas e socioculturais. Instalações desportivas. Espaços de recreio e lazer. <b>Estabelecimentos hoteleiros</b> e meios complementares de alojamento turístico.
Decreto-Lei n.º 228/2009 de 8 de agosto (alteração ao Decreto-Lei n.º 39/2008, de 7 de março.	<b>Condições de acessibilidade</b> <b>(Artigo 6º)</b>	As condições de acessibilidade a satisfazer no projeto e na construção dos empreendimentos turísticos devem cumprir as normas técnicas previstas no Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto. Todos os empreendimentos turísticos, com exceção dos empreendimentos de turismo de habitação e empreendimentos de turismo no espaço rural, devem dispor de instalações, equipamentos e, pelo menos, de uma unidade de alojamento, que permitam a sua utilização por utentes com mobilidade condicionada.
Decreto-Lei n.º 125/2017 (alteração ao Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto)	<b>Objeto</b> <b>(Artigo 1º)</b>	Procedimento da segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2014, de 9 de setembro, que aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais.

Fonte: Elaboração própria com base nos Decretos-Leis referidos na tabela

O Decreto-Lei n.º 123/97 de 22 de maio (1997) foi o primeiro a decretar as normas de acessibilidade, tendo como objeto a criação de condições acessíveis a pessoas com mobilidade condicionada, eliminando as barreiras urbanísticas e arquitetónicas nos edifícios públicos, equipamentos coletivos e via pública. Contudo, foi revogado por constatação da insuficiência das soluções propostas no mesmo.

Surge então, em 2006, o Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto. Este garante e assegura os direitos das pessoas com incapacidade - pessoas em cadeiras de rodas, pessoas incapazes de andar ou de percorrer grandes distâncias, pessoas cegas, pessoas surdas, e ainda as grávidas, as crianças e os idosos.

Todavia, segundo Prates & Garcia (2009), este Decreto-Lei determina adaptações que não se adequam a todas as necessidades das pessoas com incapacidade. Tome-se como exemplo, as casas-de-banho com banheira que só são consideradas acessíveis para as pessoas com mobilidade reduzida se possuírem uma cadeira de banho ou uma tábua de transferência, o que não existe em nenhum hotel analisado no estudo das autoras.

No ano 2008, é criado o Decreto-Lei n.º 39/2008 de 7 de março, cujo objeto consistia em estabelecer o regime jurídico da instalação, exploração e funcionamento dos empreendimentos turísticos (“Decreto-Lei n.º 39/2008 de 7 de março,” 2008). Este Decreto veio a ser alterado pelo Decreto-Lei n.º 228/2009 de 14 de setembro, em 2009. Contudo, não sofreu modificações no artigo 6º que se refere às condições de acessibilidade.

Em 2014, o Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, é alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2014, de 9 de setembro, no artigo 3º referente ao Licenciamento e autorização (“Decreto-Lei n.º 136/2014 de 9 de setembro,” 2014).

Por fim, é criado o Decreto-Lei n.º 125/2017 de 4 de outubro (2017), como segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto. Contudo, as alterações não influenciaram os aspetos referidos na tabela 4.7, como tal, mantém-se inalterado o compromisso em promover uma sociedade inclusiva.

Posto o estudo da legislação existente, resta abordar a avaliação da acessibilidade de um estabelecimento. A avaliação pode ser feita a partir de vários projetos e padrões acessíveis definidos, sendo que um deles é o Desenho Universal (UD). Este tem em consideração todas as pessoas, sem a necessidade de adaptação ou de criação de um desenho exclusivo (Wazzan, 2015), pois o seu objetivo é simplificar a vida a todos, tornando tudo acessível – meios de comunicação, produtos, infraestruturas (Papamichail, 2012).

Ao adotar a técnica do Desenho Universal, evita-se a exclusão das pessoas que apresentam algum tipo de incapacidade. Os princípios do Desenho Universal são (Papamichail, 2012; Wazzan, 2015):

1. Uso equitativo;
2. Flexibilidade de uso;
3. Simples e intuitivo;
4. Informação perceptível;

5. Tolerância ao erro;
6. Baixo esforço físico;
7. Tamanho e espaço para uso e finalidade.

Segundo Papamichail (2012), é importante que o Desenho Universal seja aplicado tanto nos hotéis mais recentes como nos hotéis mais antigos. É de realçar que, a renovação dos estabelecimentos de alojamento mais antigos difere de caso para caso, graças às suas características e especificidades, sendo que cada projeto terá diferentes problemas e possibilidades na sua renovação. Além disso, os hotéis que, por questões culturais, históricas ou financeiras, não possam realizar melhorias nas suas instalações para receber clientes com incapacidade motora podem, por exemplo, tornarem-se acessíveis para clientes com incapacidade sensorial (Papamichail, 2012).

Num estabelecimento hoteleiro, a acessibilidade deve ser assegurada na reserva; no acesso ao estabelecimento; no check-in; na mobilidade no interior do hotel (áreas comuns, quarto e casas-de-banho); nos serviços complementares - restaurante, bar, SPA, ginásio, etc. e, por fim, no check-out (López, Fernando e Quera, 2004; Ministério da Economia e do Emprego, 2012; Papamichail, 2012).

Desse modo, são apresentadas algumas medidas de acessibilidade, com base na literatura e na legislação portuguesa, para cada uma das situações referidas anteriormente.

#### **4.3.2.1. Reserva**

Estudos mostram que os agentes turísticos responsáveis pelas reservas desconhecem os equipamentos com os quais os turistas com incapacidade viajam, bem como as suas necessidades e o grau de acessibilidade dos estabelecimentos hoteleiros (Darcy, 2010b).

De modo a fornecer um serviço de qualidade, no ato da reserva, os colaboradores devem se encontrar informados acerca das condições de acessibilidade da unidade hoteleira, ser capazes de dar resposta a qualquer tipo de necessidade especial e garantir a disponibilidade para atender a essas mesmas necessidades. No ato de confirmação da reserva, o colaborador deve preparar antecipadamente as condições para o check-in e para a sua estada, de acordo com as necessidades apresentadas pelo cliente (Ministério da Economia e do Emprego, 2012; Ministério do Turismo, 2009; Visit England, 2008).

#### 4.3.2.2. Acesso ao estabelecimento hoteleiro

Antes de realizar o check-in e acomodar-se no hotel, os hóspedes deparam-se com diferentes situações no momento que tencionam aceder ao estabelecimento hoteleiro. As condições de acesso, tais como o parque de estacionamento, o percurso de ligação ao hotel (exterior) e a entrada do mesmo, devem encontrar-se aptos consoante as diferentes necessidades dos hóspedes.

No que concerne ao parque de estacionamento, esta é uma situação que varia de estabelecimento para estabelecimento, visto que alguns hotéis não possuem este serviço, outros têm estacionamento subterrâneo ou localizado na sua área exterior (López, Fernando & Quera, 2004). Seja qual for a situação, a área destinada ao estacionamento deve possuir um lugar (ou mais, consoante a lotação do parque de estacionamento – tabela 4.8), no mínimo, reservado para veículos em que um dos ocupantes seja uma pessoa com incapacidade.

Tabela 4.8 - Número mínimo de lugares de estacionamento a reservar consoante a lotação

<b>Lotação (lugares)</b>	<b>Número mínimo de lugares reservados</b>
≤ 10	1
11 a 25	2
26 a 100	3
101 a 500	4
> 500	Um lugar por cada 100 lugares de estacionamento

Fonte: Elaboração própria com base no (Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, 2006)

Esse lugar deve encontrar-se devidamente sinalizado, com dimensões que permitam entrar e sair do veículo comodamente com a porta totalmente aberta (López, Fernando & Quera, 2004; Ministério da Economia e do Emprego, 2012; Predif, 2000). Segundo a legislação portuguesa, os lugares de estacionamento reservados devem ter uma largura útil superior a 2,5 m e um comprimento útil mínimo de 5 m. Além disso, devem possuir uma faixa de acesso lateral com uma largura útil superior a 1 m e estar, no caso de existir mais de um local de entrada/saída, dispersos e localizados perto dos referidos locais (Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, 2006). O trajeto que interliga o parque de estacionamento ao hotel em si deverá ser também acessível, auxiliado por elevador ou possuir um piso homogéneo e antiderrapante (Predif, 2000).

Relativamente à área externa circundante do hotel, seja ela percurso com ligação ao estabelecimento seja via pública, deverá ser assegurada a acessibilidade, com pisos



regulares e sem barreiras físicas até à entrada da unidade hoteleira (López, Fernando & Quera, 2004; Ministério da Economia e do Emprego, 2012; Predif, 2000).

Quanto à entrada, o acesso pode ser condicionado através de obstáculos como degraus ou portas inadequadas. Por essa razão, a existência de escadas ou desníveis superiores devem ser compensados sempre com a presença de uma rampa de acesso como alternativa (Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, 2006; López, Fernando & Quera, 2004; Ministério da Economia e do Emprego, 2012; Predif, 2000). De acordo com o Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto (2006), as construções de rampas devem ter em consideração características como a inclinação, o revestimento do piso, a disposição (reta ou curva) e os corrimões de apoio e seguir determinados critérios de largura e proteção (apêndice 4.1).

As portas de acesso deverão possuir dimensões e sistemas de abertura adequados à utilização por parte de qualquer cliente (López, Fernando & Quera, 2004; Ministério da Economia e do Emprego, 2012; Predif, 2000). Segundo a legislação, as portas deverão ter uma largura no mínimo de 0,77 m, com puxadores ou outros sistemas de abertura que não maçanetas, a uma altura do piso compreendida entre 0,8 m e 1,1 m. Podem existir portas giratórias, molinetes ou torniquetes, se houver uma porta ou passagem acessível alternativa, contígua e em uso (Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, 2006).

Durante o acesso, aspetos como atenção ao público, informação e comunicação por parte dos agentes hoteleiros são extremamente importantes. Desse modo, os colaboradores devem se encontrar disponíveis para ajudar o cliente com mobilidade condicionada a ultrapassar eventuais barreiras físicas, permitir sempre o acesso à utilização de cão de assistência e conhecer os requisitos técnicos de acessibilidade da unidade hoteleira (Ministério da Economia e do Emprego, 2012).

#### **4.3.2.3. Check-in**

No momento do check-in, o colaborador do hotel deve identificar os interesses e as necessidades especiais do cliente, seguindo as indicações que lhe são dadas, uma vez que o grau de autonomia do hóspede irá determinar o grau de ajuda que este necessitará (Buhalis et al., 2005; Ministério da Economia e do Emprego, 2012). A tabela 4.9 contempla alguns aspetos essenciais para um atendimento adequado no momento do check-in, segundo diversos autores.

Tabela 4.9 - Aspetos de acessibilidade no check-in

Autor(es)	Aspetos de acessibilidade no check-in
López, Fernando & Quera, (2004)	Possuir um balcão com um design que facilite o uso diversificado, bem como ter atenção a todos os aspetos de comunicação, consoante as necessidades do cliente.
Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, (2006)	Existir um balcão de atendimento de fácil acesso, com zona livre que permita a aproximação frontal ou lateral ou com zona aberta de extensão não inferior a 0,8 m e altura compreendida entre 0,75 m e 0,85 m do piso.
Visit England, (2008)	Fornecer informações sobre o hotel em diferentes formatos, de acordo com a necessidade do cliente.
Ministério do Turismo, (2009)	Possuir, na receção, um balcão de atendimento a uma altura que permita o alcance e a aproximação frontal das pessoas que utilizam cadeiras de rodas; Disponibilizar informações sobre o hotel em braille: mapa tátil, serviços, horários de funcionamento e planos de segurança e evacuação.
Ministério da Economia e do Emprego, (2012)	Disponibilizar informação sobre as condições de acesso, transporte, estacionamento reservado, vias de ligação ao hotel, atividades de lazer, oferta de serviços externos e pacotes turísticos adequados às necessidades especiais do cliente. Informar sobre os serviços e os produtos de apoio disponíveis para atividades de cuidados pessoais. Explicar detalhadamente o funcionamento e os procedimentos da unidade hoteleira, segundo as necessidades do cliente. Realizar um mapeamento pelo hotel e acompanhar o cliente ao quarto para identificar e realizar alguma alteração que otimize o seu conforto, as condições de mobilidade e o acesso aos equipamentos. Disponibilizar quartos que possuam uma localização mais favorável.

Fonte: Elaboração própria com base nos autores referidos na tabela

Denote-se que alguns procedimentos apresentados na tabela 4.9, requerem investimento e planeamento prévio por parte do estabelecimento hoteleiro, como é o caso dos produtos de apoio e diretórios em braille.

#### **4.3.2.4. Mobilidade no interior do hotel (áreas comuns, quarto e casas-de-banho)**

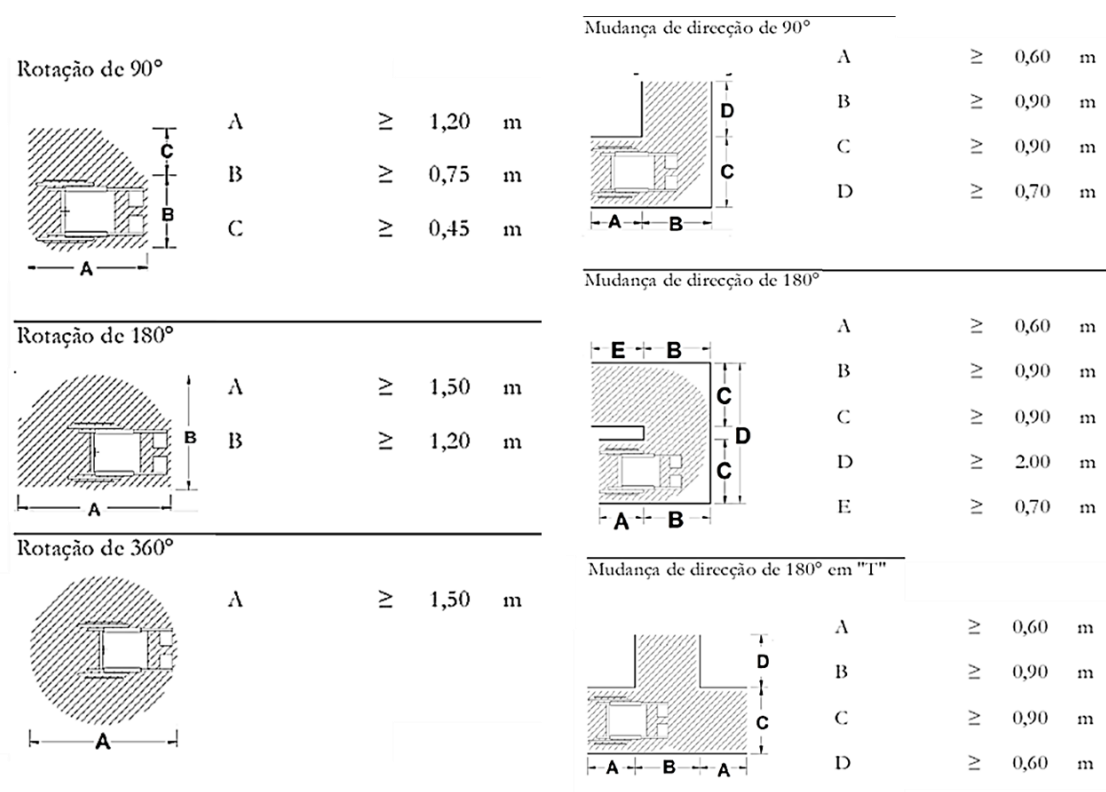
Um dos elementos fundamentais na estada de um hóspede são as condições no interior do hotel, sendo que nesta questão deve-se ter em conta a mobilidade nas áreas comuns, no quarto e nas casas-de-banho.

## **Áreas comuns**

Segundo López, Fernando & Quera, (2004); Ministério da Economia e do Emprego (2012); Ministério do Turismo (2009); Poria et al. (2011) e Predif (2000), de modo a permitir a mobilidade no interior do hotel, deve-se considerar a adequação das portas de acesso, dos pisos e dos percursos acessíveis. Como referido na secção 4.3.2.2, todas as portas de acesso devem possuir condições acessíveis, isto é, ter a largura necessária (> 80 cm interiores e > 90 cm exteriores) que permita a passagem de uma cadeira de rodas e fazer uso de sistemas de abertura manuseáveis por qualquer cliente. O pavimento deve ser regular, estável e contínuo, valorizando-se superfícies com características antiderrapantes e de fácil drenagem. No caso de presença de tapetes ou outro tipo de revestimento, estes devem se encontrar fixos para evitar pontas ou bordas levantadas e sem possibilidade de enrugamento. Os percursos acessíveis implicam ter em conta a posição dos recursos como o mobiliário, pois este deve ser colocado de forma a garantir a movimentação dos clientes, atendendo a uma zona livre que permita a aproximação frontal ou lateral. Além disso, os percursos devem:

- Permitir a rotação livre de 360° da cadeira de rodas.
- Possuir uma largura em toda a sua extensão de 1,5 m, para não interferir com a circulação dos restantes clientes.
- Possuir rampas com as dimensões regulamentares como complemento à existência de escadas ou mudança de nível inevitável (apêndice 4.1).
- Em caso de impossibilidade de rampas com inclinação suave, devem existir outros meios de elevação como plataformas ou elevadores, com medidas igualmente adequadas.
- Permitir mudanças de direção com zonas livres para manobras (figura 4.1).

Figura 4.1 – Dimensões de acordo com a rotação e mudanças de direção por grau



Fonte: Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, 2006, p. 5687

Outros aspetos importantes a ter em consideração por todo o hotel são a sinalética, a comunicação e a segurança. Desse modo, deve-se identificar o percurso acessível, bem como as várias instalações do estabelecimento (entradas, saídas, instalações sanitárias, etc.) através do uso de sinais normalizados e de sinais de fácil perceção e leitura, colocados visivelmente por um cliente que esteja em pé ou sentado. Sugere-se também que os hotéis possuam uma estrutura de sinalização e alarmes de emergência para alertar hóspedes com qualquer tipo de incapacidade e ainda telefones de emergência a uma altura inferior adaptada para pessoas com incapacidade motora ou de pequena estatura (López, Fernando & Quera, 2004; Ministério da Economia e do Emprego, 2012; Ministério do Turismo, 2009; Visit England, 2008).

#### **Quarto**

No que concerne às unidades de alojamento – os quartos, estes deveriam estar aptos para receber qualquer hóspede, com ou sem incapacidade, visto que são o serviço principal do hotel. Contudo, a grande maioria das unidades hoteleiras opta por adaptar apenas uma percentagem mínima de quartos para clientes com incapacidade. A legislação portuguesa não refere que percentagem de quartos deverá se encontrar adaptada, apenas que pelo

menos um deverá ser acessível. Ainda assim, é recomendado aos hotéis uma adaptação de 10% do total de quartos para hóspedes com incapacidade (Ministério do Turismo, 2009). Na tabela 4.10, encontram-se algumas sugestões para tornar os quartos acessíveis a hóspedes com incapacidade.

Tabela 4.10 - Aspectos de acessibilidade no quarto

<b>Parâmetro</b>	<b>Aspectos de acessibilidade no quarto</b>
Localização	Preferencialmente em andares térreos ou em andares próximos. Não isolados dos restantes quartos. Acessível aos vários níveis de serviços. Com vínculo a um percurso de evacuação, em caso de emergência.
Porta de acesso	Largura mínima de 80 cm. Sistemas de abertura manuseáveis para qualquer cliente.
Espaço interior	Espaço que permita pelo menos uma zona de manobra de 360° com uma cadeira de rodas e uma zona de permanência totalmente livre.
Mobiliário	Cama com altura compreendida entre 45 a 50 cm. Espaço livre de 1.50 m à volta da cama; Armários com altura compreendida entre 85 cm a 1 m; Guarda-roupa com porta deslizante e bengaleiro a 1.20 m da altura do chão, no máximo.
Equipamentos, controlos e mecanismos operáveis	Altura apropriada à utilização de pessoas em cadeira de rodas ou de baixa estatura. Etiquetagem das fichas e dos botões em braille/alto-relevo/alto contraste/luminosos. Informação sobre os serviços de quarto e horários disponível em braille ou em formato áudio. Telefone adaptado para pessoas com incapacidade auditiva. Sinalização de orientação em braille do número do quarto, da indicação para uso da fechadura eletrónica e torneiras, da abertura das portas. Mapa tátil com o plano de evacuação de emergência.
Casa-de-banho	Porta deslizante. Sinalização em braille nos produtos de higiene pessoal.

Fonte: Elaboração própria com base em (Atef, 2011; “Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto,” 2006; López, Fernando & Quera, 2004; Ministério da Economia e do Emprego, 2012; Ministério do Turismo, 2009; Poria et al., 2011; Predif, 2000; Visit England, 2008)

A nível de serviço e assistência no quarto, os funcionários devem realizar o transporte da bagagem para o quarto; acompanhar o cliente até ao mesmo, de modo a identificar e providenciar as alterações necessárias; prestar assistência ao cliente durante a estada sempre que solicitado, em qualquer serviço do hotel; orientar e assistir o cliente em caso de emergência – inundação, incêndio, entre outros. Além disso, devem assegurar que

sejam mantidas todas as alterações no quarto durante o período de estada do cliente e essas informações deverão ser passadas aos turnos seguintes (Ministério da Economia e do Emprego, 2012; Ministério do Turismo, 2009).

### **Casas-de-banho**

Tal como as restantes, as casas-de-banho acessíveis são compostas por: uma ou várias sanitas, banheiras, duches, urinóis, lavatórios, alarme, espelhos e porta. Contudo, para serem consideradas acessíveis necessitam de satisfazer alguns requisitos explícitos, em detalhe no apêndice 4.2.

De uma forma geral, as condições de acessibilidade para as casas-de-banho são as seguintes (Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, 2006; López, Fernando & Quera, 2004; Ministério da Economia e do Emprego, 2012; Predif, 2000):

- A porta deve abrir para o exterior ou ser porta de correr;
- As peças sanitárias devem estar dispostas de maneira a permitir um perímetro de manobra de 360° no seu interior;
- O acesso à sanita deve permitir a deslocação lateral da cadeira de rodas e ter apoio de barras rebatíveis;
- Os lavatórios devem ser colocados a uma altura que permita a utilização confortável para manuseamento da torneira;
- O suporte de toalhas e de papel higiénico, os dispositivos de iluminação e os espelhos devem se encontrar a uma altura apropriada a clientes em cadeira de rodas;
- O alarme deverá ser sonoro e luminoso, com os terminais de ativação colocados a uma altura adequada;
- As paredes devem possuir barras de apoio, para auxílio de mobilidade.

Quanto às casas-de-banho acessíveis nas áreas comuns do hotel, a legislação portuguesa indica que estas podem estar integradas numa instalação sanitária conjunta para pessoas com ou sem incapacidade. Porém, se existir uma casa-de-banho específica para pessoas com incapacidade, esta pode servir para os dois géneros (feminino e masculino), desde que se encontre integrada ou próxima das restantes instalações sanitárias (Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, 2006).

No que diz respeito à casa-de-banho do quarto adaptado, esta deve ter também as características descritas anteriormente, bem como uma base de duche ou banheira com dimensões adequadas (apêndice 4.2).

#### **4.3.2.5. Serviços Complementares**

Assim como os quartos e as casas-de-banho, os locais que prestam serviços complementares (restaurantes, bares, ginásios, piscinas, balneários e salas de conferências) também devem satisfazer as condições de acessibilidade, para que esses mesmos serviços possam ser usufruídos por qualquer hóspede que assim o pretenda.

##### **Restaurante e Bar**

No caso da restauração não são necessárias áreas complexas, cobertas de recursos técnicos para que a acessibilidade seja alcançada, à exceção das condições básicas nas áreas comuns mencionadas na secção 4.3.2.4. Existem soluções técnicas e detalhes que facilmente permitem o acesso a qualquer hóspede, com especial enfoque na distribuição dos móveis, nas características das mesas e cadeiras, nos balcões para self-service, nos menus, na alimentação e no serviço (Predif, 2000, 2007; Visit England, 2008).

Como tal, deve sempre existir espaço livre que permita aos hóspedes de cadeiras de rodas circularem entre os móveis - mesas, cadeiras, bares, bancos, balcões, sendo que todos estes também devem reunir algumas características essenciais que permitam aos hóspedes em cadeira de rodas aproximarem-se e degustarem das suas refeições - tabela 4.11. No que diz respeito à alimentação, é aconselhável a existência de menus alternativos dietéticos, para pessoas com necessidades nutricionais especiais (López, Fernando & Quera, 2004; Poria et al., 2011; Predif, 2000, 2007; Visit England, 2008).

Tabela 4.11 - Condições de acessibilidade dos elementos da área de restauração do hotel

<b>Elemento(s)</b>	<b>Condições de acessibilidade</b>
Móveis	Distância mínima entre móveis de 80 cm.
Corredores	120 cm de largura.
Espaço livre	Zona da sala que permita a mobilidade em circunferência de 150 cm de diâmetro e giratória de 360°.
Mesas	Largura livre mínima de 80 cm. Altura livre compreendida entre 75 e 80 cm desde a altura do chão. Fundo mínimo livre de obstáculos de 60 cm. Sem suportes inferiores transversais que dificultem a aproximação frontal de uma pessoa em cadeira de rodas. Suporte de 4 pernas ou com uma perna central que permita a introdução das pernas sob a mesa.
Cadeiras	Altura do assento entre 42 e 45 cm de altura. Não fixadas ao piso. Se fixadas ao piso, pelo menos 50% da totalidade de cadeiras e mesas deverão ser móveis. Duas cadeiras altas e aptas para crianças, para cada 50 lugares.
Balcão self-service	Altura compreendida entre 75 e 80 cm do piso, que permita a aproximação frontal e lateral. Fundo livre com profundidade de 60 cm no mínimo. Espaço livre para apoio de bandeja. Distância máxima de alcance lateral de 60 cm.
Menu	Papel antiderrapante. Formato que não precise de abertura ou manipulação ou de fácil abertura. Menus em braille.

Fonte: Elaboração própria com base (Predif, 2000, 2007)

Quanto ao serviço personalizado, em caso de não existirem balcões self-service adaptados ou surgirem clientes com incapacidade sensorial que viajaram sozinhos, por exemplo, é importante que os colaboradores de restauração tenham formação e demonstrem sensibilidade em ajudar esses mesmos clientes. Tenha-se em consideração que é impossível determinar os requisitos e necessidades de um cliente apenas pelo aspeto visível de uma incapacidade, portanto, o correto é não tirar conclusões precipitadas e perguntar diretamente à pessoa como pode ajudar (López, Fernando & Quera, 2004; Poria et al., 2011; Predif, 2000, 2007; Visit England, 2008).



### **Ginásio, Piscina e Balneário**

Os ginásios devem ser acessíveis no que concerne às entradas, ao pavimento e à altura da disposição dos utensílios. Relativamente à zona da piscina, esta deve ter um piso adequado, de percurso acessível e com um design “amigável”, sendo que o acesso à piscina em si deve ser garantido não só através de escadas, como também através de rampas submersas, bancos para transferência ou outro equipamento com a mesma função (Atef, 2011; López, Fernando & Quera, 2004; Ministério do Turismo, 2009). Nos balneários recomenda-se a existência de uma cabine adaptada, com acesso independente do exterior das unidades sanitárias, isto porque, apesar de irem sozinhas à casa-de-banho, algumas pessoas com incapacidade necessitam de ajuda de outra pessoa para trocar de roupa ou tomar banho (López, Fernando & Quera, 2004).

### **Salas de Conferências**

Por último, mas não menos importante, as salas de conferência, que para além das condições já referidas anteriormente quanto à porta de acesso e ao pavimento, deve possuir mobília (cadeiras e mesas) solta ao piso, de modo a ser movida ou eliminada quando necessário (López, Fernando & Quera, 2004).

#### **4.3.2.6. Check-out**

No momento do check-out, os colaboradores do hotel devem acompanhar o cliente consoante as suas necessidades específicas. Procedendo, por exemplo, à recolha de bagagem no quarto; ao fornecimento de informações e orientações solicitadas pelo cliente; à recolha de informação acerca da satisfação do cliente; à prestação de assistência pessoal ao cliente na saída, transportando a bagagem (Ministério da Economia e do Emprego, 2012; Ministério do Turismo, 2009; Visit England, 2008). Valorizar-se-ia ainda a criação de horários flexíveis de pequenos-almoços e check-out, isto porque, de acordo com Atef (2011), os hóspedes com incapacidade, especialmente motora, levam mais tempo a realizar as suas atividades matinais.

#### **4.4. A perceção dos agentes hoteleiros da acessibilidade dos hotéis**

Como já referido anteriormente, a acessibilidade no sector turístico é uma dimensão económica importante, uma vez que o desenvolvimento dos produtos turísticos acessíveis possibilita uma maior capacidade de atração e retenção do destino e ainda beneficia a sua

imagem, associando-o a uma causa social justa, atual e válida (Devile, Garcia, et al., 2012).

Contudo, o investimento realizado nas estruturas acessíveis por parte dos agentes económicos do turismo, especialmente dos gestores hoteleiros, está dependente da expectativa de lucro que isso lhes possa gerar. Deste modo, é necessário analisar as vantagens económicas que estão associadas a este mercado da procura turística que consiste nas pessoas com incapacidade (Devile, 2009; Devile, Garcia, et al., 2012).

Ao longo dos anos têm surgido vários estudos alusivos à perceção dos agentes hoteleiros relativamente às questões de acessibilidade (tabela 4.12).

Tabela 4.12 – Exemplos de estudos acerca da perceção dos agentes hoteleiros em relação à acessibilidade

Ano	Autor(es)	Título	Publicação
2000	O'Neill e Knight	<i>Disability Tourism Dollars in Western Australia Hotels</i>	<i>Hospitality Review</i>
2001	Kéroul	<i>A Growth Market: Behaviours of Tourists with Restricted Physical Abilities in Canada</i>	<i>Tourism and culture for people with restricted physical ability</i>
2008	Ozturk et al.	<i>Is the Turkish tourism industry ready for a disabled customer's market? The views of hotel and travel agency managers</i>	<i>Tourism Management</i>
2011	Bizjak et al.	<i>Attitude change towards guests with disabilities. Reflections From Tourism Students</i>	<i>Annals of Tourism Research</i>
2011	Darcy e Pegg	<i>Towards Strategic Intent: Perceptions of disability service provision amongst hotel accommodation managers</i>	<i>International Journal of Hospitality Management</i>
2011	Atef	<i>Assessing the ability of the Egyptian hospitality industry to serve special needs customers</i>	<i>Managing Leisure</i>
2012	Schitko e Simpson	<i>Hospitality Staff Attitudes to Guests with Impaired Mobility: The Potential of Education as an Agent of Attitudinal Change</i>	<i>Asia Pacific Journal of Tourism Research</i>

Fonte: Elaboração própria com base nos autores mencionados na tabela

O'Neill & Knight (2000) analisaram a perceção dos agentes do turismo da Austrália Ocidental no que concerne à acessibilidade nos alojamentos turísticos e ao serviço prestado inclusivamente a pessoas com incapacidade. Conclui-se que, muitos agentes

hoteleiros desconhecem o potencial deste segmento de mercado, as pessoas com incapacidade. Além disso, constatou-se que uma das maiores ameaças enfrentadas pela indústria hoteleira persiste na falta de informação e no desconhecimento das suas obrigações legislativas relativamente à acessibilidade, de modo que não estão a ser aplicadas as exigências descritas na legislação. Denote-se também que, os gestores hoteleiros australianos têm investido na formação dos seus colaboradores, todavia, a maioria das formações ainda não abordam questões relacionadas com os hóspedes com incapacidade.

Ozturk et al. (2008) realizaram um estudo para avaliar a capacidade da indústria turca para atender às necessidades das pessoas com incapacidade, exatamente através da perspetiva dos gestores de hotéis e agências de viagem. Foram entrevistados gestores de 252 hotéis e 168 agências de viagens e determinou-se que tanto os hotéis como as agências de viagem estão conscientes deste novo mercado, contudo, a estrutura da indústria turca ainda não está totalmente preparada para atender pessoas com incapacidade. No geral, apresentaram opiniões positivas sobre o mercado em estudo e defendem que devem ser melhoradas as condições da indústria turística com a implementação de novas medidas para receber estas pessoas. Para os gestores dos hotéis em estudo, as áreas mais adequadas e equipadas são: as entradas, as áreas de estacionamento, a receção e os restaurantes. Pelo contrário, as escadas, as banheiras e os sanitários não se encontram tão adequados.

Em 2011, Darcy e Pegg conduziram um outro estudo com o objetivo de verificar as perceções dos gestores do setor hoteleiro em relação à prestação de serviços para pessoas com incapacidade e desse modo identificar lacunas ou falhas nos serviços atuais. Através de entrevistas e do *focus group* realizados, averiguou-se que os gestores hoteleiros desejariam proporcionar uma experiência melhor para as pessoas com incapacidade. Estes reconheceram que, para isso acontecer, era necessário compreender as necessidades individuais deste mercado e que não deveria existir diferença entre servir pessoas sem incapacidade e aqueles com incapacidade. Os gestores referiram que uma das práticas comuns do hotel é reservar o quarto acessível a um hóspede sem incapacidade, quando é o único disponível. Todavia, os hóspedes realizam comentários menos positivos e reclamam desta atribuição de quarto, justificando-se pela localização na parte menos desejada do hotel e pela estética não apelativa (Darcy & Pegg, 2011).

No que concerne à temática da acessibilidade, é de realçar a importância da formação e da educação junto dos colaboradores e dos estudantes do setor turístico, de modo a alterar as atitudes destes agentes perante a incapacidade (Atef, 2011; Bizjak et al., 2011; Freeman & Selmi, 2010; Ozturk et al., 2008; Poria et al., 2011). Estudos realizados por Bizjak et al. (2011) e por Schitko e Simpson (2012), demonstraram que o contacto dos estudantes com a realidade da incapacidade, modificaram as suas atitudes e as suas perceções face à mesma. Todavia, a formação nesta temática não se encontra presente nos planos curriculares dos cursos turísticos (Bizjak et al., 2011). Para além disso, verificou-se que, por exemplo, os turistas que apresentam incapacidade motora optam por um destino em detrimento de outro, quando encontram colaboradores capazes de dar uma resposta eficiente às suas necessidades (Kéroutl, 2001).

#### 4.5. A percepção dos hóspedes com incapacidade da acessibilidade dos hotéis

O estudo das motivações e das necessidades dos turistas com incapacidade é fundamental, dado que ao identificar padrões turísticos e ao compreender as suas preferências, as suas expectativas e os seus requisitos, é possível desenvolver produtos e serviços turísticos que correspondam às suas expectativas (Buhalis et al., 2005).

Segundo Luiza (2010), os turistas com incapacidade valorizam os produtos adaptados às suas necessidades. Contudo, as investigações na área do turismo, que envolvam a hospitalidade e o segmento de pessoas com incapacidade são relativamente descoordenadas e fragmentadas (Loi & Kong, 2017). A tabela 4.13 indica alguns estudos que já foram desenvolvidos alusivamente às perceções dos hóspedes com incapacidade.

Tabela 4.13 - Exemplos de estudos acerca da percepção dos hóspedes com incapacidade

Ano	Autor(es)	Título	Publicação
2011	Poria et al.	<i>Dimensions of hotel experience of people with disabilities: an exploratory study</i>	<i>International Journal of Contemporary Hospitality Management</i>
2012	Song e Letho	<i>The voice of tourists with mobility disabilities: insights from online customer complaint websites</i>	<i>International Journal of Contemporary Hospitality Management</i>
2012	Kim, Stonesifer, e Han	<i>Accommodating the needs of disabled hotel guests: Implications for guests and management</i>	<i>International Journal of Hospitality Management</i>
2017	Tutuncu	<i>Investigating the accessibility factors affecting hotel satisfaction of people with physical disabilities</i>	<i>International Journal of Hospitality Management</i>

Fonte: Elaboração própria com base nos autores mencionados na tabela

Em 2011, Poria et al., efetuaram um estudo para determinar os desafios provenientes das interações entre utilizadores de cadeiras de rodas, indivíduos que usam muletas e pessoas com incapacidade visual com o ambiente do hotel, bem como os esforços necessários para superar esses desafios. Os resultados denotaram que as pessoas que apresentam algum tipo de incapacidade enfrentam dificuldades na interação com o ambiente físico. Os principais desafios dos utilizadores de cadeiras de rodas passam pela incapacidade de alcançar objetos que se encontrem relativamente altos, pela dificuldade em manobrar a cadeira de rodas livremente no quarto de hotel e pela dificuldade em utilizar a casa-de-banho, seja no quarto, seja no restaurante. As pessoas que utilizam muletas para se deslocar sentiram alguma insegurança e exigência física para se movimentar em certos locais do hotel. Por fim, as pessoas com incapacidade visual demonstraram sentir insegurança na deslocação nas áreas comuns do hotel, assim como no quarto.

O estudo realizado por Kim et al. (2012) teve como objetivos a identificação das percepções dos hóspedes com incapacidade relativamente às suas experiências em hotéis e análise da viabilidade em implementar as sugestões de pessoas com incapacidade nas políticas de design e serviços dos hotéis. Através deste, concluiu-se que:

- Os hóspedes com dificuldades de mobilidade realizaram mais sugestões e apresentaram maior necessidade de acomodações especiais/adaptadas;
- Os hóspedes surdos ou com dificuldades auditivas requerem menor quantidade de acomodações especiais, seguidos pelos hóspedes com incapacidade visual e, por fim, os hóspedes com incapacidade motora/mobilidade reduzida;
- A maioria dos entrevistados realizaram comentários positivos relativamente às categorias: reserva e quarto;
- Todos os hóspedes surdos apresentaram comentários negativos acerca dos colaboradores do hotel, pois mencionaram a comunicação como uma barreira importante no impedimento de uma experiência de serviço positiva;
- Todos os segmentos de incapacidade (motora, auditiva e visual) indicaram a necessidade de melhorar a formação e a sensibilidade dos colaboradores hoteleiros;
- As barreiras dos quartos foram maioritariamente referidas e sentidas pelos hóspedes com mobilidade reduzida e pelos hóspedes com incapacidade visual.

#### **4.6. Conclusão**

Este capítulo teve como objetivo analisar a acessibilidade e a prática da mesma no setor hoteleiro. Por esse motivo, analisaram-se vários estudos desenvolvidos sobre a temática referida e conclui-se que, urge uma necessidade em explorar a acessibilidade na hotelaria, tendo em conta as experiências em hotéis vivenciadas por pessoas com incapacidade. Isto porque, existe uma maior concentração de estudos relativos ao ambiente físico do hotel, ignorando os restantes fatores como: a prestação de serviços complementares e a interação com os colaboradores do hotel (Poria et al., 2011).

O capítulo iniciou-se com a caracterização do setor hoteleiro, em Portugal, de onde se concluiu que tanto os indicadores da procura como da oferta turística têm aumentado entre 2002 e 2016. Os turistas demonstram maior preferência pelas unidades hoteleiras, como meio de alojamento, com 59,71% do número de dormidas registadas em 2016. Além disso, os últimos registos demonstram que a Área Metropolitana de Lisboa (27,05%), o Algarve (20,04%) e o Norte (18,57%) continuam com a maior capacidade de alojamento, a nível nacional.

Este capítulo revelou também importância de adaptar os produtos e os serviços turísticos para que todos utilizem e usufruam da oferta turística de forma simples, intuitiva e segura (Deville, 2009). Para isso, é necessário que os gestores e os responsáveis pelos estabelecimentos turísticos conheçam as limitações e as dificuldades das diferentes pessoas com incapacidade, só assim será possível identificar os constrangimentos existentes e eliminá-los (Ely & Silva, 2009).

No que respeita a acessibilidade hoteleira, verificou-se a existência de vários documentos legislativos relativos à acessibilidade, porém, só o Decreto-Lei n.º 136/2006 de 8 de agosto é que define os parâmetros de acessibilidade e as adaptações a serem feitas nos estabelecimentos hoteleiros. É de acrescentar que, algumas unidades hoteleiras podem ainda não apresentar as medidas exigidas na legislação portuguesa. Isto deve-se ao facto do Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto ter estipulado um prazo de 10 anos para a adaptação de instalações, edifícios, estabelecimentos, equipamentos públicos e de utilização pública e via pública, que por sua vez terminou a 8 de fevereiro de 2017. Além disso, caso as obras necessárias de adaptação fossem consideradas desproporcionais e exigissem meios económico-financeiros indisponíveis, ou ainda se afetassem o

património cultural ou histórico, os estabelecimentos não precisavam de cumprir com as medidas legislativas (Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto, 2006).

De seguida, determinou-se as condições e os parâmetros necessários à acessibilidade nas várias áreas e nos diversos serviços hoteleiros. Comprovou-se que muitas das medidas não têm grandes custos e que em algumas a implementação pode ser imediata.

Ainda assim, a análise feita aos estudos sobre as perceções dos agentes hoteleiros, demonstra que estes consideram que as melhorias das condições de acessibilidade estão diretamente relacionadas a elevados custos monetários e, como tal, não conseguem suportá-los e concretizá-los. Em referência às perceções dos hóspedes com incapacidade, os estudos demonstram que os hotéis ainda se apresentam pouco acessíveis e quando o estão, a acessibilidade foca-se mais em aspetos relativos aos hóspedes com incapacidade motora. Realce-se que a acessibilidade também envolve questões humanas, como as atitudes e os comportamentos dos colaboradores perante os turistas com incapacidade. Por essa razão, é fundamental urgir um investimento na formação do *staff* (Darcy, 2010b).

Em suma, uma unidade hoteleira acessível é aquela que oferece um serviço hoteleiro positivo, para além daquilo que é imposto pela legislação, pelos códigos de conduta ou pelos regulamentos da indústria hoteleira (Poria et al., 2011), tendo sempre em conta as necessidades dos seus diversos clientes.





## **Capítulo 5 - Metodologia**

### **5.1. Introdução**

Este capítulo visa caracterizar a metodologia aplicada na investigação do estudo empírico realizado no âmbito desta dissertação. É introduzido, primeiramente, os objetivos a que a investigação se propõe responder. Seguidamente, são abordados o método de recolha e o método de análise dos dados. Na metodologia de recolha, é descrita a população do estudo, a técnica de amostragem utilizada, o instrumento de inquirição e o processo de administração do instrumento de inquirição.

### **5.2. Objetivos de investigação**

O objetivo principal deste estudo empírico consiste em determinar as necessidades e os constrangimentos dos hóspedes com incapacidade motora e dos hóspedes com incapacidade visual, durante as suas estadas nas unidades hoteleiras. Associado a este objetivo principal, os seguintes objetivos específicos foram identificados:

- Analisar as práticas turísticas dos hóspedes com incapacidade motora e dos hóspedes com incapacidade visual;
- Verificar se existem diferenças em termos de necessidades e de constrangimentos de acordo com o tipo de incapacidade;
- Determinar a satisfação dos hóspedes com incapacidade motora e dos hóspedes com incapacidade visual relativamente às suas experiências em unidades hoteleiras;
- Identificar sugestões a implementar para aumentar o nível de acessibilidade das unidades hoteleiras.

### **5.3. Método de recolha de dados**

#### **5.3.1. População do estudo**

Dado o objetivo principal do estudo, foi definida como população a estudar os portugueses com incapacidade motora e os portugueses com incapacidade visual que frequentassem unidades hoteleiras, aquando as suas viagens turísticas. A escolha do segmento das pessoas com incapacidade como amostra da investigação, deveu-se ao facto de estas estarem cada vez mais a reivindicar o seu direito de viajar e usufruir de experiências turísticas (Organização Mundial do Turismo & Fundación ACS, 2014), e,

porque, segundo Figueiredo et al. (2012), as pessoas com incapacidade querem eleger os hotéis como meio de alojamento nas suas viagens. Como tal, é fundamental determinar as principais necessidades e os principais constrangimentos que este segmento enfrenta durante as suas estadas em hotéis, para que haja um melhoramento no serviço hoteleiro com uma capacidade de resposta adequada a todos os seus clientes. Devido a limitações económicas, temporais e de aptidões da investigadora, focalizou-se a investigação apenas nos grupos de incapacidade motora e de incapacidade visual.

Em Portugal, no que diz respeito à população com incapacidade, os dados estatísticos dos Censos de 2011, indicam que cerca de 17,8% da população com 5 ou mais anos de idade indicou ter muita dificuldade, ou não conseguir realizar, pelo menos uma das seis atividades diárias, sendo que na população com 65 ou mais anos, esta percentagem atinge os 50% (INE, 2012a). As principais limitações indicadas pelos portugueses são precisamente, andar (25%) e ver (cerca de 23%) (INE, 2012a). Relativamente aos géneros, são as mulheres que apresentam uma maior taxa de prevalência (20,62%), comparativamente aos homens (14,67%), como possível averiguar pela tabela 5.1 (INE, 2012a).

Tabela 5.1 – População portuguesa portadora de uma incapacidade em 2011

Tipo de dificuldade	Grau de dificuldade	Género		
		Total	Homens	Mulheres
Ver	Não tem dificuldade ou tem pouca em efetuar a ação	9 159 012	4 469 642	4 689 370
	Tem muita dificuldade em efetuar a ação	892 860	318 600	574 260
	Não consegue efetuar a ação	27 659	11 962	15 697
Ouvir	Não tem dificuldade ou tem pouca em efetuar a ação	9 546 329	4 570 171	4 976 158
	Tem muita dificuldade em efetuar a ação	506 342	218 603	287 739
	Não consegue efetuar a ação	26 860	11 430	15 430
Andar ou subir degraus	Não tem dificuldade ou tem pouca em efetuar a ação	9 099 531	4 466 247	4 633 284
	Tem muita dificuldade em efetuar a ação	875 129	296 350	578 779
	Não consegue efetuar a ação	104 871	37 607	67 264
Memória ou concentração	Não tem dificuldade ou tem pouca em efetuar a ação	9 424 154	4 555 814	4 868 340
	Tem muita dificuldade em efetuar a ação	552 937	205 539	347 398
	Não consegue efetuar a ação	102 440	38 851	63 589
Tomar banho ou vestir-se sozinho	Não tem dificuldade ou tem pouca em efetuar a ação	9 607 974	4 629 592	4 978 382
	Tem muita dificuldade em efetuar a ação	323 451	115 416	208 035
	Não consegue efetuar a ação	148 106	55 196	92 910
Compreender os outros ou fazer-se compreender	Não tem dificuldade ou tem pouca em efetuar a ação	9 679 642	4 633 266	5 046 376
	Tem muita dificuldade em efetuar a ação	331 860	139 871	191 989
	Não consegue efetuar a ação	68 029	27 067	40 962

Fonte: Elaboração própria com base em (INE, 2012a)

### 5.3.2. Técnica de amostragem

De maneira a seleccionar corretamente os inquiridos para este estudo, os mesmos deveriam satisfazer os seguintes critérios:

- Ser português e possuir incapacidade motora ou incapacidade visual;
- Simultaneamente, ter pernoitado pelo menos uma vez em unidades hoteleiras, com a presença de uma dessas incapacidades físicas.

Neste estudo utilizou-se uma amostragem não aleatória (não probabilística), a amostragem bola de neve. Primeiramente, contactou-se uma pessoa com incapacidade motora e uma pessoa com incapacidade visual, através da rede de contactos criada, pela autora desta dissertação, durante a experiência laboral em estágio curricular. Seguidamente, esses mesmos inquiridos indicaram outras pessoas que satisfaziam os critérios de seleção deste estudo e assim sucessivamente, até ter sido atingida a saturação de informação recolhida. A saturação é considerada um fenómeno pelo qual, depois de um certo número de entrevistas, o investigador apercebe-se de não estar a recolher novas informações quanto ao objeto da pesquisa, dando-se conta da repetição das informações face às questões (Dworkin, 2012; Guerra, 2006; Ritchie, Lewis, & Elam, 2003).

No caso de os dados serem analisados adequadamente, será atingido um ponto em que não serão obtidas novas informações e aumentar o tamanho da amostra não irá contribuir com mais detalhes (Ritchie et al., 2003). Visto que os estudos qualitativos são ricos em detalhes, a dimensão da amostra precisará de ser mantida numa escala razoavelmente pequena, tendo em conta a sua intensidade de recursos de pesquisa (Ritchie et al., 2003).

Para determinar a dimensão da amostra, é necessário ter em consideração (Dworkin, 2012; Ritchie et al., 2003) :

- A heterogeneidade da população;
- O número de critérios de seleção;
- Os grupos de interesse especial que requerem um estudo intensivo;
- As múltiplas amostras dentro de um estudo;
- O tipo de método de recolha de dados (entrevistas individuais, *focus group*, etc.);
- O orçamento e os recursos disponíveis;
- A experiência do investigador.

Todavia, não existe um consenso de um número mínimo/máximo predefinido que indique a saturação absoluta de igual modo para todos os estudos. Segundo Ritchie et al. (2003), regra geral, as amostras qualitativas para um único estudo que envolva entrevistas individuais, geralmente, ficam abaixo de 50 inquiridos, pois superior a 50 se tornará difícil de gerir em termos de qualidade de recolha e análise de dados. Contudo, realça também a importância de garantir que as amostras não sejam muito pequenas, para evitar perda de informação importante, a não ser que exista uma boa base teórica fundamentada.

Para Dworkin (2012), a variação mínima sugerida é entre cinco a 50 entrevistas individuais, já Israel (2013) indica que, se forem utilizadas entrevistas semiestruturadas, serão obtidas pequenas quantidades de dados por questão de entrevista, logo para obter variedade e riqueza de informação para a análise qualitativa, deverão ser realizadas pelo menos 30 a 60 entrevistas. No entanto, se existir uma grande quantidade de dados para cada participante, então poderão ser realizadas menos entrevistas (entre seis a 10).

Deste modo, foram realizadas 33 entrevistas, sendo que 15 foram a pessoas com incapacidade motora e 18 a pessoas com incapacidade visual. Denote-se que, a amostra com incapacidade visual revelou ser maior que a amostra com incapacidade motora, uma vez que cinco dos inquiridos do primeiro grupo são utilizadores de cão-guia. Como tal, possuem maior autonomia e independência no dia-a-dia, não revelando, por vezes, necessidades ou constrangimentos concretos, o que levou a um processo de saturação mais demorado.

### **5.3.3. Instrumento de inquirição**

#### **5.3.3.1. Justificação do método**

De modo a atingir os objetivos a que esta investigação se propõe, utilizou-se um método direto de recolha de dados primários. Existem vários instrumentos de recolha adequados para este tipo de dados, todos eles com vantagens e desvantagens associadas. Tendo em conta os recursos disponíveis, as características da população e o objetivo em compreender fenómenos com base nas experiências pessoais e pontos de vista dos inquiridos, ponderou-se a utilização de entrevistas semiestruturadas ou de um *focus group*. Estes dois métodos adequam-se a pesquisas exploratórias com este tipo de objetivos, uma vez que possuem o potencial para recolher material “rico” em informação

sobre a temática abordada. Na tabela 5.2, são referenciados exemplos de estudos nesta temática que utilizaram um ou os dois métodos referidos anteriormente.

Tabela 5.2 Exemplos de estudos que utilizaram entrevistas e *focus group* na sua metodologia

Ano	Autor(es)	Metodologia
2000	O'Neill e Knight	Entrevistas pessoais e questionários.
2003	McKercher, Packer, Yau e Lam	<i>Focus group</i> e entrevistas em profundidade.
2009	Ely e Silva	Visitas técnicas e exploratórias; entrevistas individuais e <i>focus group</i> .
2011	Poria, Reichel e Brandt	Entrevistas semiestruturadas em profundidade.
2011	Darcy e Pegg	Entrevistas individuais e <i>focus group</i> .
2012	Kim, Stonesifer e Han	Entrevistas.
2014	Morris e Kazi	Análise de documentos de Direito e entrevistas semiestruturadas.
2017	Kong e Loi	Entrevistas semiestruturadas.
2017	Loi e Kong	Entrevistas em profundidade.

Fonte: Elaboração própria com base nos autores referidos na tabela

As entrevistas semiestruturadas, uma vez que são individuais, permitem que os entrevistados não sintam constrangimentos perante outras pessoas, dando assim abertamente as suas respostas. Todavia, exigem mais tempo e recursos que o *focus group*. Não obstante, o *focus group* é um método bastante útil para obter dados qualitativos mais detalhados sobre a amostra pré-definida e verificar quais são as suas reações e as suas percepções. Porém, é extremamente difícil conciliar a disponibilidade de todos os envolvidos para se reunirem no mesmo local, à mesma data e hora (Jennings, 2001; Veal, 2006). Por estas razões, optou-se pela entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados primários a utilizar nesta dissertação.

### 5.3.3.2. Construção do instrumento de inquirição

Dado que se pretendeu recolher informação qualitativa, de modo a aprofundar a temática e captar informação adicional, elaborou-se um guião de entrevista, presente no apêndice 5.1. Utilizou-se linguagem simples e objetiva, com predominância de questões do tipo abertas, construídas pela investigadora e baseadas na revisão de literatura efetuada no âmbito desta dissertação. Tendo em consideração os objetivos específicos desta investigação empírica, o guião da entrevista foi dividido em quatro secções: I – Práticas turísticas (tabela 5.3); II – Necessidades e Constrangimentos (tabela 5.4); III – Experiências Hoteleiras e Sugestões (tabela 5.5) e IV – Características sociodemográficas, nível e grau de incapacidade (tabela 5.6).

Como indica a tabela 5.3, esta primeira secção permitiu analisar as práticas turísticas dos inquiridos. Averiguou-se que seria importante compreender a vastidão das suas experiências turísticas e confirmar a utilização de unidades hoteleiras durante as suas viagens, sendo esse um dos critérios definidos na caracterização da amostra.

Tabela 5.3 - Secção I do guião da entrevista

<b>Secção I – Práticas Turísticas</b>	
<b>Questões</b>	Viaja frequentemente? Por que motivos viaja? Qual é a duração das suas viagens, em média? Já viajou para que destinos? Costuma viajar acompanhado? Por quem? Em que hotéis já ficou hospedado? Como foram essas estadas?
<b>Objetivo</b>	Analisar as práticas turísticas dos entrevistados.
<b>Fonte</b>	Blichfeldt e Nicolaisen (2011); Buhalis et al. (2005); Burnett e Baker (2001); Burns et al. (2009); Card et al. (2006); Daniels et. al (2005); Darcy (2008); Devile et al. (2010); Devile et al. (2012); Dickson e Darcy (2012); Domínguez et al. (2013); European Comission (2014); Figueiredo et al. (2012); Kastenholz et al. (2012); Kéroutl (2001); Luiza (2010); McKercher et al. 2013); Morelli et al. (2004); Neumann e Reuber (2004); Var et al. (2011).

Fonte: Elaboração própria com base nos autores referidos na tabela

A secção II contemplou questões relativas às necessidades percecionadas e aos constrangimentos sentidos ao longo das várias etapas da estada num hotel, tais como: a reserva do hotel, o acesso ao estabelecimento, o check-in, a mobilidade no interior do hotel inclusive no quarto, a usufruição dos serviços complementares e o check-out (tabela 5.4).

Tabela 5.4 - Secção II do guião da entrevista

<b>Secção II – Necessidades e Constrangimentos</b>	
<b>Questões</b>	<p>Quando está a fazer a reserva de um hotel, quais são os critérios que considera?</p> <p>Que dificuldades sente durante essa escolha/reserva do hotel?</p> <p>O que precisa para conseguir aceder ao hotel?</p> <p>Quais são as dificuldades que passa ao aceder ao hotel?</p> <p>O que necessita quando realiza o check-in e o check-out?</p> <p>Nesses mesmos momentos (check-in e check-out), quais são as dificuldades que sente?</p> <p>Para se movimentar no interior do hotel, inclusive no quarto, necessita do quê, concretamente?</p> <p>E durante essa mobilização, que dificuldades enfrenta?</p> <p>Acerca dos serviços complementares - bar, restaurante, SPA, ginásio, etc., o que precisa para conseguir usufruir dos mesmos?</p> <p>E quais são as dificuldades que encara, durante a utilização desses serviços?</p>
<b>Objetivos</b>	<p>Identificar as principais necessidades e os constrangimentos dos hóspedes com incapacidade motora e visual, durante a sua estada numa unidade hoteleira.</p> <p>Verificar se existem diferenças em termos de necessidades e de constrangimentos de acordo com o tipo de incapacidade.</p>
<b>Fonte</b>	<p>Atef (2011); Blichfeldt e Nicolaisen (2011); Buhalis et al. (2005); Daniels et al. (2005); Darcy (2010); Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto (2006); Devile (2009); Devile et al. (2010); Edy e Silva (2009); Figueiredo et al. (2012); Kastenholtz et al (2012); Luiza (2010); López et al. (2004); McKercher et al. (2003); Ministério da Economia e do Emprego (2012); Ministério do Turismo (2009); Papamichail (2012); Poria et al. (2011); Prates e Garcia (2009); Predif (2000); Predif (2007). Small e Darcy (2011); Visit England (2008); Wazzan (2015); Yau et al. (2004).</p>

Fonte: Elaboração própria com base nos autores referidos na tabela

Já a secção III integra questões mais generalistas que permitiram não só compreender a satisfação dos inquiridos relativamente às experiências que vivenciaram nos hotéis, bem como identificar sugestões de melhoria em termos de acessibilidade para implementar nas unidades hoteleiras (tabela 5.5).



Tabela 5.5 - Secção III do guião da entrevista

<b>Secção III – Experiências Hoteleiras e Sugestões</b>	
<b>Questões</b>	De acordo com aquilo que foram as suas experiências hoteleiras vividas até hoje, considera que a maioria delas foram positivas ou negativas? Porquê? O que alterava nos hotéis, para os tornar mais acessíveis?
<b>Objetivos</b>	Determinar a satisfação dos hóspedes com incapacidade motora e dos hóspedes com incapacidade invisual relativamente às suas experiências hoteleiras vivenciadas. Identificar sugestões a implementar para assegurar a acessibilidade nos hotéis.
<b>Fonte</b>	Atef (2011); Buhalis et al. (2005); Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto (2006); Kim et al. (2012); Luiza (2010); López et al. (2004); Ministério da Economia e do Emprego (2012); Ministério do Turismo (2009); Poria et al. (2011); Predif (2000); Predif (2007) Visit England (2008).

Fonte: Elaboração própria com base nos autores referidos na tabela

Por último, mas não menos importante, a secção IV, apresentada na tabela 5.6, inclui as questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica da amostra entrevistada e a análise da situação de incapacidade dos inquiridos.

Tabela 5.6 - Secção IV do guião da entrevista

<b>Secção IV – Características Sociodemográficas, Nível e Grau de Incapacidade</b>	
<b>Questões</b>	Idade Nacionalidade Grau de escolaridade Profissão atual Nível de incapacidade Grau de incapacidade Tempo de vida com incapacidade
<b>Objetivo</b>	Caracterizar a amostra a nível sociodemográfico e identificar o respetivo nível e grau de incapacidade.
<b>Fonte</b>	Morelli et al. (2004).

Fonte: Elaboração própria com base nos autores referidos na tabela

#### **5.3.4. Processo de administração das entrevistas**

Primeiramente, agendou-se as entrevistas consoante a disponibilidade da investigadora e em concordância com a dos inquiridos, através de meios telefónicos e digitais (redes sociais e e-mail).

No que se refere à sua realização, estas ocorreram efetivamente entre 11 de junho de 2018 e 6 de setembro de 2018, em que 17 das entrevistas implicaram deslocações por parte da investigadora entre os distritos de Aveiro e Porto, ou seja, foram realizadas pessoalmente. As restantes 16 tiveram de se realizar por videochamada, dada a incompatibilidade de horários e à impossibilidade de deslocações longínquas constantes até outros distritos. As entrevistas tiveram tempos de duração diferentes, sendo que a mais curta durou cerca de 25 minutos e a mais longa teve uma duração aproximada de duas horas.

Denote-se ainda que, as entrevistas foram registadas através de gravações de áudio, com o uso de um aplicativo telemóvel de gravação, sob o consentimento de todos os inquiridos.

#### **5.4. Método de análise de dados**

Após concluída a fase de recolha de dados através de entrevistas semiestruturadas, procedeu-se à análise dos dados recolhidos. Visto que se tratou de uma investigação qualitativa, que implicou recolher grande quantidade de informação detalhada, sobre um número de casos relativamente pequeno, recorreu-se ao método da análise de conteúdo. Este permite analisar o conteúdo de documentos ou outro material não estatístico, de forma sistemática. Por fim, submeteu-se as transcrições das entrevistas por grupo (incapacidade motora vs. incapacidade visual) num software gratuito ([www.wordclouds.com](http://www.wordclouds.com)) que permitiu obter figuras de nuvens de palavras. Estas permitiram averiguar e sustentar os resultados obtidos e analisados pela análise de conteúdo.

Para realizar a análise de conteúdo, em primeiro lugar, procedeu-se à preparação e à organização dos dados, isto é, à transcrição das entrevistas, a partir das gravações de áudio e com o auxílio do Microsoft Word. Procurou-se, dentro dos limites possíveis, respeitar e registar todas as características do registo oral. Contudo, surgiu uma necessidade de retificar alguns aspetos próprios da oralidade – contrações e repetições de palavras, desconcordâncias em género e/ou número, entre outros – para facilitar a compreensão e

posterior análise do discurso gravado. Do mesmo modo, as transcrições foram efetuadas de acordo com a política de confidencialidade, isto significa que não foram transcritas quaisquer informações pessoais como nomes reais dos entrevistados, nomes pessoais de outrem, locais de residência, ou qualquer informação possível de identificação.

Em segundo lugar, procurou-se definir as categorias-chave que representavam a informação recolhida, por secção, indicadas na tabela 5.7. Desta forma, tornou-se possível classificar e avaliar os dados recolhidos no momento de leitura das transcrições.

Tabela 5.7 - Categorias-chave definidas por secção do guião da entrevista

<b>Secção</b>	<b>Categorias-chave</b>
<b>I</b>	Viagens turísticas: frequência, motivos, duração média, destinos, acompanhamento, hotéis frequentados, percepção das estadas.
<b>II</b>	Necessidades durante a estada (reserva do hotel, acesso ao estabelecimento, check-in, mobilidade no interior do hotel, usufruição dos serviços complementares e check-out); Constrangimentos durante a estada (reserva do hotel, acesso ao estabelecimento, check-in, mobilidade no interior do hotel, usufruição dos serviços complementares e check-out).
<b>III</b>	Satisfação com as experiências hoteleiras vivenciadas; Sugestões de acessibilidade a implementar nas unidades hoteleiras.
<b>IV</b>	Características sociodemográficas: idade, nacionalidade, grau de escolaridade, profissão; Incapacidade: nível, grau; tempo de vida com incapacidade.

Fonte: Elaboração própria

De seguida, atribuiu-se uma codificação para cada entrevista e, por fim, analisou-se e comparou-se os casos, identificando padrões e diferenças. Por fim, realizou-se a interpretação dos resultados obtidos e chegou-se a diversas conclusões, descritas no capítulo 7.

### **5.5. Conclusão**

A apresentação do processo metodológico desta investigação empírica foi a base do desenvolvimento deste capítulo. Neste esclareceu-se não só o método de recolha dos dados primários, como também o método de análise dos mesmos.

No que concerne a limitações, este estudo excluiu, propositadamente, da sua população, os hóspedes de unidades hoteleiras com outros níveis de incapacidade – auditiva e intelectual, devido à escassez de recursos (económicos e temporais) e de aptidões (inaptidão de língua gestual por parte da investigadora) para entrevistar estes segmentos. No que diz respeito a dificuldades, averiguou-se que o método de análise de dados, apesar de adequado, em especial, demonstrou ser um processo extenso e exigente.

Concluiu-se que, a entrevista semiestruturada seria a forma mais adequada de obter os dados primários que permitiram atingir os objetivos definidos nesta dissertação, apesar das suas limitações e desvantagens associadas.

## **Capítulo 6 - Análise e discussão dos resultados**

### **6.1. Introdução**

Este capítulo visa analisar e discutir os resultados desta investigação, com base nas transcrições das entrevistas realizadas. Em primeiro lugar, será apresentada a caracterização da amostra do estudo e, de seguida, as práticas turísticas e as necessidades e os constrangimentos percebidos pela amostra, ao longo das suas estadas nas unidades hoteleiras – reserva do hotel, acesso ao estabelecimento hoteleiro, check-in e check-out, mobilidade no interior do hotel (inclusive quarto e casa-de-banho) e usufruição dos serviços complementares. Por fim, será analisada e discutida a satisfação dos entrevistados perante as suas experiências hoteleiras e, ainda, apresentadas as sugestões de melhoria de acessibilidade nos hotéis.

### **6.2. Caracterização da amostra**

Como referido na secção 5.3.1, a população do estudo focalizou-se em portugueses com incapacidade motora e em portugueses com incapacidade visual que frequentassem unidades hoteleiras durante as suas viagens turísticas. A tabela 6.1 apresenta o perfil sociodemográfico e o perfil de incapacidade da amostra deste estudo. Deste modo, foram entrevistados 33 portugueses, em que 15 possuem graus de incapacidade avaliados entre os 35% e os 96% de incapacidade motora. Alguns deles possuem esta incapacidade desde nascença (congénito), outros adquiriram-na ao longo do percurso de vida, sendo que o entrevistado E10 tem-na há menos tempo (cerca de 2 anos). Os restantes 18 portugueses entrevistados possuem incapacidade visual, com graus avaliados entre os 85% e os 97%. Semelhante aos anteriores, também alguns têm-na desde nascença, outros por aquisição ao longo da vida, sendo que o entrevistado E29 apresenta o seu grau de incapacidade de 95% há menos tempo (um ano).

Os 33 entrevistados apresentam idades compreendidas entre os 22 e os 61 anos de idade, até à data das entrevistas. A grande maioria possui o grau de escolaridade de 12º ano ou formação superior (licenciatura, mestrado e doutoramento) e praticam profissões maioritariamente administrativas. Outros revelam possuir ligações profissionais à saúde, à engenharia e à música e uma minoria encontra-se desempregado ou reformado.

Tabela 6.1 - Perfil sociodemográfico e perfil de incapacidade da amostra

Entrevistado	Idade	Nacionalidade	Grau de escolaridade	Profissão	Nível de Incapacidade	Grau de incapacidade	Tempo de Incapacidade
E1	22	Portuguesa	12º ano	Estudante	Motora	60%	Congénito
E2	40	Portuguesa	Mestrado	Médico interno de saúde pública	Motora	95%	18 anos
E3	31	Portuguesa	Mestrado	Engenheiro de Planeamento Urbano	Motora	90%	11 anos
E4	34	Portuguesa	12º ano	Telefonista	Visual	95%	Congénito
E5	37	Portuguesa	12º ano + Curso Profissional	Telefonista	Visual	95%	28 anos
E6	61	Portuguesa	12º ano	Telefonista	Visual	95%	13 anos
E7	39	Portuguesa	12º ano	Formador	Visual	95%	Congénito
E8	30	Portuguesa	12º ano	<i>Youtuber</i>	Motora	95%	Congénito
E9	54	Portuguesa	12º ano	Empregado de escritório	Motora	75%	52 anos
E10	29	Portuguesa	12º ano	Estudante, DJ, Promotora	Motora	80%	2 anos
E11	48	Portuguesa	Mestrado	Engenheira Informática	Motora	70%	24 anos
E12	28	Portuguesa	12º ano	Estudante	Motora	75%	Congénito

Tabela 6.1 - Perfil sociodemográfico e perfil de incapacidade da amostra (continuação)

<b>Entrevistado</b>	<b>Idade</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Grau de escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Nível de Incapacidade</b>	<b>Grau de incapacidade</b>	<b>Tempo de Incapacidade</b>
E13	37	Portuguesa	12º ano	Assistente Operacional	Visual	96%	Congénito
E14	27	Portuguesa	Mestrado	Recursos Humanos	Visual	95%	13 anos
E15	36	Portuguesa	12º ano	Assistente Operacional	Visual	96%	Congénito
E16	50	Portuguesa	12º ano	Operadora de loja	Visual	95%	Congénito
E17	38	Portuguesa	Licenciatura	Gestor de informação	Visual	95%	28 anos
E18	26	Portuguesa	12º ano	DJ	Visual	95%	21 anos
E19	30	Portuguesa	Licenciatura	Desempregado	Visual	85%	30 anos
E20	36	Portuguesa	12º ano	Pensionista/Reformado	Motora	95%	15 anos
E21	31	Portuguesa	6º ano	DJ	Motora	35%	Congénito
E22	36	Portuguesa	Licenciatura	Desempregada	Visual	97%	5/6 anos
E23	25	Portuguesa	Mestrado	Administrativa	Motora	60%	Congénito
E24	44	Portuguesa	Licenciatura Pré-Bolonha	Administrativo	Motora	80%	Congénito

Tabela 6.1 - Perfil sociodemográfico e perfil de incapacidade da amostra (continuação)

<b>Entrevistado</b>	<b>Idade</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Grau de escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Nível de Incapacidade</b>	<b>Grau de incapacidade</b>	<b>Tempo de Incapacidade</b>
E25	32	Portuguesa	12º ano	Operador de comércio	Visual	95%	6 anos
E26	40	Portuguesa	Doutoramento	Psicóloga	Motora	80%	24 anos
E27	49	Portuguesa	Licenciatura	Diretor de Serviços Técnicos	Motora	96%	24 anos
E28	29	Portuguesa	Mestrado	Técnica Administrativa	Motora	85%	20 anos
E29	43	Portuguesa	12º ano	Reformado	Visual	95%	1 ano
E30	54	Portuguesa	Licenciatura	Professor	Visual	95%	10 anos
E31	38	Portuguesa	Licenciatura Pré-Bolonha	Psicólogo	Visual	95%	Congénito
E32	30	Portuguesa	Licenciatura	Músico	Visual	95%	Congénito
E33	48	Portuguesa	Licenciatura	Revisora de braille e Técnica de avaliação de acessibilidade	Visual	95%	36 anos

Fonte: Elaboração própria



### 6.3. Práticas turísticas

No que concerne às práticas turísticas gerais dos entrevistados (tabela 6.2), a esmagadora maioria afirma viajar cerca de uma ou duas vezes por ano, estando estes resultados de acordo com os obtidos no estudo de Var, Yeşiltaş, Yaylı, & Öztürk (2011). Esta tendência verifica-se especialmente nos inquiridos com incapacidade visual:

“Isto é assim, não viajo com a frequência que gostaria, porque o orçamento é curto. Os ordenados não são grandes, as estadias nos hotéis não são muito acessíveis. Já fiz algumas estadias em hotéis.” (E6)

Denote-se que, o rendimento mensal dos entrevistados tem influência no número de viagens anuais que possam fazer, como defende Var, Yeşiltaş, Yaylı, & Öztürk (2011). Alguns demonstraram realizar cinco ou mais viagens anuais, especialmente os entrevistados com incapacidade motora:

“Viajo entre cinco a 10 vezes por ano, normalmente.” (E3)

Os entrevistados, tanto com incapacidade motora como com incapacidade visual, apresentam como motivos principais de viagem, o lazer e o desfrutar de férias e, em seguida, a formação e o trabalho. O motivo das viagens turísticas menos referido foi o de saúde. Estes resultados corroboram as investigações conduzidas por Burnett & Baker (2001); González & Alonso (2004); Governo Federal (2013); Neumann & Reuber (2004); Var et al. (2011) que indicam que as pessoas com incapacidade possuem motivações semelhantes aos restantes segmentos, tais como viajar por lazer ou por motivos laborais, sendo os motivos de saúde os menos frequentes (Var et al., 2011).

A duração destas viagens turísticas é muito variada, dependendo também do motivo pelas quais são feitas. Contudo, muitos dos entrevistados afirmaram viajar durante um a três dias, enquanto que outros apontam para viagens de cerca de uma semana, até duas semanas:

“Vai desde fins-de-semana, a maior foi de quatro meses, por isso... Mas normalmente, uma semana, 15 dias... mais 15 dias” (E3)

Estes resultados vão de acordo com as investigações realizadas por Domínguez, Fraiz, & Alén (2013) e Kéroul (2001) que verificaram que a estada média dos turistas com incapacidade estaria entre os cinco e os dez dias.

No que diz respeito aos destinos turísticos, a esmagadora maioria já viajou dentro e fora de Portugal, inclusive para os diversos continentes, com maior predominância pela Europa e pelos países norte-americanos:

“Em Portugal já visitei praticamente tudo, incluindo as ilhas. Fora de Portugal: Nova Iorque; Honolulu; Miami; Key West; Nassau; Buffalo; Toronto; Montreal; Quebec; Niagara; Madrid; Barcelona; Sevilha; Toledo; Oslo; Estocolmo; Copenhaga; Berlim; Praga; Pequim; Xangai; Hong-Kong; Macau; Palma Maiorca; Samaná; Punta Cana; Riviera Maia; Rio Janeiro; Milão; Florença; Veneza; Amesterdão; Andorra; Paris; Bruxelas; Utrech; Mónaco; Zurique; Luxemburgo; Marrocos; Ceuta; Gibraltar; Londres; Dubai; Abu Dhabi. Espanha só referi os principais e em França também estive em mais alguns locais.” (E11)

Denote-se também que, de acordo com a tabela 6.2, os entrevistados com incapacidade motora apresentaram maior frequência em viagens intercontinentais do que os entrevistados com incapacidade visual.

Segundo os inquiridos, a grande maioria das suas viagens são realizadas com o acompanhamento de familiares, do/a companheiro/a, de amigos ou colegas e minoritariamente de grupos organizados. Alguns deles afirmam que em algumas das suas viagens preferem ir sozinhos, outros não o conseguem fazer senão acompanhados:

“Sempre, normalmente vou acompanhado. A minha limitação física não permite que faça as viagens sozinho e, portanto, normalmente, é sempre a minha família, de uma maneira geral, que me acompanha.” (E2)

“Na maior parte das viagens viajo sozinho, às vezes com amigos e em casal com a minha namorada que até fiz três viagens durante o ano passado.” (E3)

“Vou sozinho para quase todo o lado...” (E8)

Estes resultados são consistentes com os estudos de Buhalis et al. (2005); Domínguez et al. (2013); European Commission (2014); Figueiredo et al. (2012); Kastenholtz et al. (2012); Kéroutl (2001); Luiza (2010); Morelli et al. (2004); Neumann & Reuber (2004); Var et al. (2011), pois indicam que as pessoas com incapacidade não costumam viajar sós, sendo normalmente acompanhadas por familiares e amigos. Para além disso, algumas delas necessitam de assistência pessoal durante todo o processo de viagem.

Tabela 6.2 - Práticas turísticas gerais da amostra por tipo de incapacidade

Práticas turísticas		Entrevistados	
Critério	Respostas	Incapacidade Motora (N=15)	Incapacidade Visual (N=18)
Frequência	1 a 2 vezes	8	14
	3 a 4 vezes	2	3
	5 ou mais vezes	6	2
Motivos	Lazer / Férias	14	17
	Formação e trabalho	7	5
	Desporto	3	2
	Saúde	-	3
Duração	1 a 3 dias	6	8
	Cerca de uma semana	9	9
	Entre uma a duas semanas	7	2
	Mais que duas semanas	1	1
Destinos	Só em Portugal	1	4
	Vários em Portugal	14	14
	Europa	13	13
	América do Norte	6	5
	América Central	4	1
	América do Sul	5	1
	Ásia	3	1
	África	1	1
	Oceânia	1	-
Acompanhamento	Não	4	4
	Sim, por amigos ou colegas	8	9
	Sim, por companheiro/a e/ou familiares	11	17
	Sim, por grupos organizados	-	4

Fonte: Elaboração própria

Quanto às práticas turísticas hoteleiras (tabela 6.3), a grande maioria dos entrevistados, tanto com incapacidade motora como com incapacidade visual, afirmaram já ter frequentado os hotéis IBIS, seguidos pelas cadeias: Vila Galé, Pestana, Mélia, Inatel e Tivoli. Os restantes utilizaram outras diversas unidades hoteleiras, tanto em Portugal, como no estrangeiro. Tal constatação revela que as pessoas com incapacidade possuem maior preferência pelas unidades hoteleiras como meio de alojamento aquando as suas viagens turísticas, como revelado nos estudos de Burnett & Baker (2001); Devile, Kastenholz, & Santiago (2010); European Commission (2014); Figueiredo et al. (2012); González & Alonso (2004); Morelli et al. (2004); Neumann & Reuber (2004); Var et al. (2011).

Os inquiridos, na generalidade, afirmam que as estadas foram boas, sendo demonstrada essa satisfação em especial por parte dos entrevistados com incapacidade visual:

“Foram boas, na última fizemos a reserva por telefone, não houve problema. Referimos que éramos os dois cegos e acompanharam-nos até ao quarto e até ao restaurante, foi um acompanhamento perfeito, por acaso estou a pensar voltar lá.” (E22)

Outros indicam existir uma diversidade de situações, visto que algumas estadas correm melhor que outras:

“Portanto, eu estou de cadeira de rodas se calhar há mais tempo do que a Jéssica é viva, desde 94, e o que se nota é que a evolução é enorme. Antigamente, era impensável procurar por quarto adaptado nessa altura. Em Londres, comecei a pedir por quartos adaptados e já começava a aparecer. Em Portugal, para a minha incapacidade e necessidades, já começa haver quartos muito bons. De uma maneira geral, estão melhores, mas já tive de tudo. Já cheguei a um hotel, de noite, e o quarto estava em obras e queriam que fosse tomar banho à casa-de-banho desse quarto adaptado, o que não fazia sentido.” (E27)

Apenas um entrevistado revelou a insatisfação perante todas as estadas que fez, referindo que:

“Raramente correram bem. As viagens, mesmo planeadas e orientadas para pessoas com deficiência motora, nunca tinham em conta que os hotéis teriam de ser acessíveis. E raramente eram, para dizer a verdade... O pior de tudo são sobretudo não existirem casas de banho adaptadas e existirem escadas à entrada dos hotéis...” (E24)

Tabela 6.3 - Práticas turísticas hoteleiras da amostra por tipo de incapacidade

Práticas turísticas		Entrevistados	
Critério	Respostas	Incapacidade Motora (N=15)	Incapacidade Visual (N=18)
Hotéis	IBIS	8	9
	Vila Galé	4	4
	Pestana	3	3
	Mélia	2	3
	Inatel	1	2
	Iberostar	1	1
	Hilton	1	-
	Tivoli	2	1

Tabela 6.3 – Práticas turísticas hoteleiras da amostra por tipo de incapacidade (continuação)

Práticas turísticas		Entrevistados	
Critério	Respostas	Incapacidade Motora (N=15)	Incapacidade Visual (N=18)
	Hotel da Música	1	-
	Hotel Caramulo	1	-
	Hotel Albergaria	-	1
	Grupo VIP	1	-
	Sheraton	1	-
	Bellagio	1	-
	Bohemian Place	1	-
	Convento de Espinheiro no Alentejo	1	-
	Aldeia dos Capuchos	1	-
	D. Luís	1	-
	Seven Spark	1	-
	Hotel do Parque	1	-
	Hotel Mirachoro	1	-
	Lisbon Hotel	1	-
	Real Marina Hotel Spa	1	1
	Holiday Inn	1	-
	Hotel Chanas	1	-
	NH Collection	1	-
	Hotel Paiva	1	-
	Bahia Príncipe	1	1
	Novotel	1	-
	Aveiro Center	-	1
	Hotel Salinas	-	1
	Hotel Onix	-	1
	Hotel Montebelo	-	1
	Monte Rio	-	2
	Hotel Solverde	-	1
	Hotel Solmar	-	1
	Hotel Sagres	-	1
	Hotel Santo António da Baía	-	1
	Grande Hotel	-	1
	Four Views	-	1
	Hotel Almirante	-	1
	Sana Hotel	-	1
	Água Hotels	-	1
	Hotel Dona Leonor	-	1
	Hotéis Interpass	-	1
	Fénix	-	1
Estadas hoteleiras	Boas	7	16
	Más	1	-
	Diversificadas	7	2

Fonte: Elaboração própria





“Ligo, falo da largura da minha cadeira, pergunto pela altura da cama, pelo elevador, costumo pedir uma fotografia com as condições das portas, dos elevadores e será muito por aí. Até porque quando vou para os hotéis é só para estar lá, dormir e ir. A qualidade/preço é um dos critérios também, claro. E tento ver qual a cadeira mais adequada a levar e ir.” (E20)

Já os inquiridos com incapacidade visual demonstram escolher e reservar os hotéis pelos seus serviços e condições oferecidas, bem como pela receptividade e disponibilidade dos colaboradores para os acompanhar:

“Costumo ligar e indicar que sou deficiente visual e que a minha mulher também é e que tenho um cão, um cão-guia, apesar da lei permitir, eu gosto sempre de avisar, para eles já estarem a contar. Aviso, porque depois preciso de apoio para o pequeno-almoço, tudo o que é self-service e a nível de refeições. E depois tenho em conta a localização e também se tem espaço e um local relativamente perto para levar o cão a passear e assim.” (E7)

“Lá está, não questionei muito o hotel sobre as condições específicas que têm, questionei mais sobre o acolhimento e sobre a ajuda de nos acompanhar.” (E4)

De acordo com os estudos de Ministério da Economia e do Emprego (2012); Ministério do Turismo (2009) e Visit England (2008), os colaboradores no ato da reserva devem conter informações específicas acerca das condições de acessibilidade existentes no hotel, de maneira a dar uma resposta adequada às necessidades do cliente.

Adicionalmente, ambos os grupos entrevistados realçaram a relação qualidade/preço, a localização do hotel e os serviços locais como fatores a ter em conta na seleção da unidade hoteleira:

“A maioria das vezes é como a maior parte das pessoas, é ir para o sítio mais perto de onde quero ir e o preço, se tem transportes perto e facilidades. É isso, a localização, o transporte e o preço.” (E19)

“Qualidade/preço, essencialmente, não é... tento ver sempre assim uma coisa mais em conta e em função disso, vou-me acreditando um bocadinho por aquelas informações que eles dizem. Normalmente, faço as pesquisas pelos sites e diz lá “quarto adaptado” e vou confiando um bocadinho sempre, (...) Pronto, tento que sejam sempre perto do centro das cidades, para poder dar uma volta e evitar as situações do carro e estacionar...” (E28)



Tabela 6.4 - Critérios para seleção e reserva do hotel por tipo de incapacidade

Critérios para seleção e reserva do hotel	Entrevistados	
	Incapacidade Motora (N=15)	Incapacidade Visual (N=18)
Acessibilidade e adaptação do hotel	14	-
Localização e serviços locais	4	17
Qualidade/preço	4	9
Recetividade e acompanhamento dos colaboradores	-	5
Serviços e condições oferecidas	-	8

Fonte: Elaboração própria

Relativamente às dificuldades enfrentadas na seleção e na reserva do hotel (tabela 6.5), os entrevistados com incapacidade motora denotaram que existe falta de informação detalhada acerca das acessibilidades existentes no hotel, seja online, seja por parte dos colaboradores e, por vezes, têm dificuldade a encontrar hotéis com as condições de acessibilidade que lhes são necessárias:

“Normalmente escolho aquele que vejo estar mais adaptado e adequado para mim. A reserva do hotel, na maioria das vezes, é feita online e não há nada específico, se há um quarto adaptado ou que adaptações tem. Os sites deveriam ter uma informação mais pormenorizada e até mesmo fotografias dos quartos adaptados, porque de facto as pessoas com deficiência têm necessidades muito distintas. E segundo, no momento da reserva deveria haver um campo específico onde perguntasse se queremos um quarto com mobilidade reduzida ou não.” (E2)

“Primeiro, é difícil saber se o hotel é acessível, eu vejo fotos, tento entender se fica distante dos locais que tenho que ir, se for de carro é uma coisa, se tiver que ir de transporte é outra e depois é difícil garantir que me respondam a todas as perguntas que eu faço, porque ou não respondem, ou demoram imenso. Por isso é que eu digo que estas reservas duram dois dias, no mínimo. Depois há outra questão, se o quarto não for reembolsado, tenho de ligar a garantir que me vão atribuir o quarto adaptado para aquelas datas. Também acontece que o quarto adaptado às vezes são suites e são mais caros e já tive de negociar o preço do quarto, para poder usar um quarto adaptado.” (E26)

Deste modo, verificou-se que os entrevistados com incapacidade motora enfrentam maioritariamente constrangimentos externos: ambientais e interativos, durante a sua estadia nas unidades hoteleiras. Como corroborado pelos estudos Card et al. (2006); Daniels et al. (2005) e McKercher et al. (2003), existe ainda pouca disponibilidade e precisão de informações relativas à acessibilidade dos espaços, o que dificulta o processo de tomada de decisão dos entrevistados. No alojamento é imprescindível existir

informação atualizada e exata, de maneira a facilitar o planeamento da viagem destes turistas, pois a escolha do hotel antecede, muitas das vezes, a escolha do destino (Blichfeldt & Nicolaisen, 2011).

Para além disso, como indicado nas investigações de European Commission (2014); Pérez & Velasco (2003) e Poria, Reichel, & Brandt (2011), muitos destes hóspedes enfrentam constrangimentos ambientais, uma vez que veem o seu acesso às unidades hoteleiras condicionado por falta de adaptações físicas e acessibilidade nos estabelecimentos.

Não obstante, os inquiridos com incapacidade visual afirmaram que a sua maior dificuldade na seleção e na reserva do hotel é, de facto, a falta de acessibilidade na construção dos sites, pois não conseguem obter e recolher a informação que pretendem:

“Nesse aspeto, eu confesso que tenho bastante dificuldade. Normalmente, recorro a uma agência, nós indicamos as nossas preferências, de acordo com isso eles enviam-nos várias hipóteses e depois nós em casa, sempre com ajuda, escolhemos. Porque aí sim temos dificuldade a aceder aos sites, devido à própria acessibilidade do site, porque é muito à base de imagem e complica-nos um bocado. O nosso leitor de ecrã não é compatível com esse formato e não conseguimos obter a informação toda.” (E16)

Denotou-se, portanto, que os hóspedes com incapacidade visual entrevistados enfrentam, na maioria das suas estadas, constrangimentos interativos, pois não encontram disponível informação totalmente inclusiva, adaptada e precisa às suas necessidades, como indicado nos estudos de Buhalis et al. (2005); Eichhorn et al. (2008); European Commission (2014); Governo Federal (2013).

Tabela 6.5 - Dificuldades na seleção e reserva do hotel por tipo de incapacidade

<b>Dificuldades na seleção e reserva do hotel</b>	<b>Entrevistados</b>	
	<b>Incapacidade Motora (N=15)</b>	<b>Incapacidade Visual (N=18)</b>
Falta de condições de acessibilidade no hotel	2	1
Falta de informação detalhada	7	3
Falta de acessibilidade dos sites	-	14
Falta de prestabilidade, formação ou informação do colaborador	3	1
Encontrar uma acessibilidade concreta necessária	3	-
Nenhumas	2	4

Fonte: Elaboração própria

#### **6.4.2. Acesso ao estabelecimento hoteleiro**

Para aceder à unidade hoteleira (tabela 6.6), as pessoas com incapacidade motora afirmam necessitar, maioritariamente, de um parque de estacionamento adequado com fácil acesso ao hotel e de rampas acessíveis ou entrada livre de obstáculos e escadas:

“Tem de haver mobilidade até ao hotel, não é... normalmente é feita sem barreiras ou através de uma rampa. Já tem havido hotéis que essa rampa é demasiado inclinada e só está pensada para transportar bagagem e tem uma inclinação que não obedece à legislação. Se o hotel tiver parque de estacionamento, obviamente que tem de ter lugares reservados e esses lugares têm de estar bem sinalizados, com a dimensão certa e com fácil acesso ao hotel, o que muitas vezes não acontece, não é...” (E2)

Já as pessoas com incapacidade visual necessitam da existência de um percurso acessível até à entrada do estabelecimento, livre de barreiras e com piso tátil, sendo que na sua ausência, é crucial existir a colaboração e o acompanhamento do colaborador, para a sua orientação espacial:

“Mas se houvesse na entrada do hotel, uma referência ou guias no chão a orientar o percurso ou a dar indicações de onde é a receção era ótimo. Eu próprio prefiro rampas na entrada, sinto que é mais fácil de circular com a bengala.” (E29)

“Não há nada de especial, mas por exemplo a entrada do hotel deveria ter altos contraste ou relevo no piso e não ter porta giratória, o que já é uma grande ajuda. E depois uma coisa muito importante, é a componente humana, não há nada que substitua o bom senso de uma pessoa.” (E32)

Estas necessidades percecionadas pelos inquiridos com incapacidade motora e com incapacidade visual, anteriormente referidas, vão ao encontro do que é indicado na legislação e nos estudos realizados por López, Fernando & Quera (2004); Ministério da Economia e do Emprego (2012) e Predif (2000), no que diz respeito às condições de acesso, tais como o parque de estacionamento, o percurso de ligação ao hotel (exterior) e a entrada do mesmo, sendo que todos estes devem estar adaptados para as diferentes necessidades dos hóspedes.

Tabela 6.6 - Necessidades no acesso ao hotel por tipo de incapacidade

Necessidades no acesso ao hotel	Entrevistados	
	Incapacidade Motora (N=15)	Incapacidade Visual (N=18)
Boa localização com acesso a transportes e fácil acesso	3	5
Ausência de escadas/presença de rampas acessíveis	14	1
Parque de estacionamento adequado com fácil acesso ao hotel	10	-
Portas adequadas (dimensões e abertura)	3	1
Percurso acessível até à entrada do hotel (sem barreiras, piso tátil)	1	6
Informação digital/em braille para orientação até à entrada do hotel	-	4
Acompanhamento do colaborador	-	11
Planeamento do percurso	-	1
Nenhumas	-	2

Fonte: Elaboração própria

Como é possível verificar na tabela 6.7, aquando o acesso ao hotel, os inquiridos com incapacidade motora referiram que a maior dificuldade enfrentada consiste na ausência de rampas de acesso adequadas ou na presença de escadas na entrada:

“Habitualmente encontro rampas, mas são muito inclinadas ou então só tem degraus, ainda que seja só um degrau ou dois... aquilo para nós é uma montanha, as rodas de uma cadeira não sobem assim tão facilmente.” (E9)

Pelo contrário, os entrevistados com incapacidade visual possuem dificuldade em aceder ao hotel, devido à falta de informação adaptada para orientação, tais como as referências tácteis no piso ou informação detalhada do percurso até à entrada, para além de que fica dispendioso:

“Lá está a situação, nós depois de chegarmos fomos de táxi, não conseguíamos ir ao hotel sozinhos, porque também não conhecíamos o espaço envolvente. Fomos para uma cidade que não conhecíamos absolutamente nada. Não há muita informação para orientação... precisámos sempre de pedir ajuda às pessoas para criar um mapa mental.” (E4)

“Muitas das vezes tem-se de apanhar o táxi para chegar lá até à entrada, porque não há outra forma de lá chegar ou perceber onde e como chegar até à entrada, e isso sai muito dispendioso por vezes.” (E13)

Conclui-se, portanto, que durante o acesso à unidade hoteleira, os inquiridos com incapacidade motora e com incapacidade visual enfrentam maioritariamente constrangimentos ambientais, uma vez que ainda encontram obstáculos arquitetónicos e

ausência de adaptações físicas e acessíveis a qualquer tipo de incapacidade. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Card et al. (2006), em que se constatou que é nos alojamentos onde os turistas com incapacidade enfrentam maiores constrangimentos de acesso.

Denote-se que, alguns dos entrevistados com incapacidade visual não referem quaisquer dificuldades no acesso ao hotel, pois são utilizadores de cão-guia, o que lhes facilita o processo de estada:

“Não tenho muitas necessidades ou dificuldades para aceder aos espaços, pois sou utilizador de cão-guia. Faço esse acesso normalmente, nunca tive constrangimentos. Pela lei, não há problemas em levar o cão-guia, apesar do colaborador poder criar constrangimentos nisso, nunca aconteceu comigo, mas sei de casos que já aconteceu.” (E17)

Tabela 6.7 - Dificuldades no acesso ao hotel por tipo de incapacidade

<b>Dificuldades no acesso ao hotel</b>	<b>Entrevistados</b>	
	<b>Incapacidade Motora (N=15)</b>	<b>Incapacidade Visual (N=18)</b>
Ausência de rampas ou mal-adaptadas / presença de escadas e outros obstáculos	10	-
Indisponibilidade de um lugar de estacionamento reservado, adequado ou próximo	4	-
Piso derrapante ou calçada portuguesa	2	-
Falta de percurso acessível	1	-
Falta de informação adaptada para orientação (ausência de referências táteis no piso, informação detalhada do percurso)	-	9
Meio de transporte inexistente ou dispendioso até o local	-	3
Nenhumas	3	7

Fonte: Elaboração própria

### 6.4.3. Check-in e Check-out

Através da tabela 6.8, verificou-se que, nos momentos de check-in e check-out, sendo o primeiro e último contacto com os colaboradores do hotel, os entrevistados com incapacidade motora e com incapacidade visual necessitam que os colaboradores estejam predispostos a ajudar e a atendê-los adequadamente:

“A parte humana é geral, em todos os que fui nunca tive problemas. Necessito de um bom atendimento, o mais natural possível e que o meu atendimento não seja diferente ou discriminatório.” (E20)

“Tanto nesses momentos como em todos os outros que implicam interação com os funcionários do hotel, é ideal eles estarem formados especificamente para atender clientes com algum tipo de necessidade específica” (E32)

Além disso, as pessoas com incapacidade motora necessitam, essencialmente, que o balcão de atendimento tenha uma altura adequada ou, em alternativa, que exista uma zona rebaixada, para serem atendidos:

“Deviam pensar num rebaixamento nas mesas das receções... toda a gente acha que eu sou grande e que chego lá em cima para assinar o papel e assim... normalmente, as pessoas falam comigo à parte na zona dos sofás.” (E8)

Tais necessidades relativas à altura do balcão confirmam-se nas investigações conduzidas por López, Fernando & Quera (2004); Ministério do Turismo (2009) e pelo Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto (2006).

Os entrevistados com incapacidade visual afirmaram necessitar de informação digital, em braille ou áudio-guia acerca dos diretórios, serviços existentes, mapas, preços e programas e, ainda, de um acompanhamento e reconhecimento do espaço até o quarto:

“É basicamente os colaboradores darem-nos orientação e fazerem-nos o reconhecimento do espaço, indicando os pontos principais. Embora que se houvesse informação disponível noutros formatos, como em braille, era sempre útil. É sempre importante haver a sensibilização em dar-nos informação verbal que nós não conseguimos ver, como por exemplo as atividades ou programas que possam existir no hotel.” (E31)

Os estudos realizados por Visit England (2008), Ministério do Turismo (2009) e Ministério da Economia e do Emprego (2012) revelam a importância de existir informação acerca dos serviços hoteleiros e dos serviços complementares, em formatos alternativos como, por exemplo, em braille e/ou em áudio-guias.

Tabela 6.8 - Necessidades no check-in e check-out por tipo de incapacidade

Necessidades no check-in e check-out	Entrevistados	
	Incapacidade Motora (N=15)	Incapacidade Visual (N=18)
Balcão com altura adequada ou zona rebaixada	11	-
Informação detalhada sobre acessos, procedimentos e serviços	3	3
Predisposição e colaboração dos funcionários hoteleiros	10	13
Informação digital/em braille (diretórios, serviços, mapas, preços, programas)	-	7
Descrição e reconhecimento do espaço até o quarto	-	13
Piso-tátil para indicação de recepção e elevadores	-	2
Nenhumas	2	-

Fonte: Elaboração própria

No que se refere às dificuldades enfrentadas durante o check-in e o check-out (tabela 6.9), os inquiridos com incapacidade motora realçaram que a altura do balcão é ainda um problema regular e, por vezes, o comportamento ou a falta de colaboradores:

“No meu caso específico, há outras limitações, mas no check-in e check-out, normalmente, é só a altura do balcão, até porque às vezes para pagar com o cartão do crédito, a máquina também não chega. Já me aconteceu, mas já há muito tempo, eu estava bastante mais debilitado, a pessoa não falava para mim, ou seja, eu estar acompanhado com a minha namorada da altura e a pessoa só falava para ela, mas só me aconteceu uma vez (...)” (E3)

“Os funcionários dos hotéis ainda não estão habituados a lidar com pessoas com mobilidade reduzida, então querem agradar em demasia, querendo fazer coisas que às vezes nem se justificam. Às vezes querem fazer coisas que eu consigo fazer perfeitamente e não perguntam primeiro. No resto, tudo aquilo que necessitei e pedi sempre me resolveram na hora.” (E23)

Quanto aos inquiridos com incapacidade visual, vários indicam que não passam por dificuldades nestes momentos, enquanto que, outros referem a ausência de informação em braille/áudio-guia das chaves dos quartos, diretórios e dos preços e ainda o comportamento dos colaboradores como dificuldades acrescidas:

“A única dificuldade que sentimos é quando nos dão a chave do quarto. Nunca nos dão a indicação de como é a posição da chave, porque não há nenhuma marca, nenhum ponto que me diga que o cartão se coloca no leitor desta maneira.” (E6)

“Às vezes noto que ficam um pouco apreensivos, porque não estão habituados a lidar com pessoas cegas e como não têm formação, não sabem como ajudar ou lidar com as nossas necessidades.” (E17)

Em ambos os grupos de entrevistados, verificou-se que estes enfrentam constrangimentos ambientais - no momento do check-in e do check-out não encontram, normalmente, adaptações arquitetônicas, nem informação alternativa em braille ou áudio-guia. Para além de que denotam, com alguma regularidade, falta de formação e pouco à vontade por parte dos colaboradores que os recebem nesta primeira e última estância da estada, causando constrangimentos interativos. Tal é comprovado no estudo de Card et al. (2006), onde indica que ainda são impostas atitudes negativas face às pessoas com incapacidade por parte dos colaboradores da indústria turística, o que se deve, provavelmente, à falta de exposição a pessoas com incapacidade, aos sentimentos de desconforto e à ignorância sobre as aptidões das pessoas com incapacidade (Card et al., 2006; Devile, Kastenholz, et al., 2012; McKercher et al., 2003).

Tabela 6.9 - Dificuldades no check-in e check-out por tipo de incapacidade

<b>Dificuldades no check-in e check-out</b>	<b>Entrevistados</b>	
	<b>Incapacidade Motora (N=15)</b>	<b>Incapacidade Visual (N=18)</b>
Altura do balcão	12	-
Comportamento e/ou ausência dos colaboradores	6	4
Ausência de informação em braille/áudio-guia (diretório, chaves do quarto, preçários)	-	6
Nenhumas	1	8

Fonte: Elaboração própria

#### **6.4.4. Mobilidade no interior do hotel (áreas comuns, quarto e casas-de-banho)**

De acordo com a tabela 6.10, para se mobilizar no interior do hotel, inclusivamente no respetivo quarto e casa-de-banho, os entrevistados com incapacidade motora referiram a necessidade de existir espaço para a mobilidade de cadeira de rodas, sem barreiras arquitetônicas; das casas-de-banho possuírem adaptações específicas (barras de apoio, lavatório com área inferior livre, sanitas com altura adaptável, espelhos adaptáveis, torneiras acessíveis, zona de duche livre de obstáculos e com cadeira de banho adaptada); das portas e dos elevadores encontrarem-se com medidas e sistemas de abertura adequados e, ainda, a ausência de alcatifa:



“O elevador é extremamente importante, sem elevador não vamos a lado nenhum. Também é importante não haver molas nas portas, porque ficam demasiado pesadas. Alguns dos hotéis que eu frequentei em vez de haver a mola, existe uma corrente no interior da porta que facilita o puxar a porta. Seria também interessante terem mais hotéis com cadeira de banho, muitos têm só apoios na casa-de-banho... dá menos trabalho tomar banho numa cadeira do que entrar numa banheira.” (E8)

“A casa-de-banho convém ser espaçosa... e o lavatório, convém não ter aquela zona por baixo... eu tenho que me por de lado, para me conseguir aproximar e fazer a minha higiene. Por isso esse armário, deve ser posto de lado e a zona ficar livre para me poder aproximar. As barras de apoio são importantes, mas só se estiverem colocadas adequadamente. O quarto basicamente tem de ter sempre área para nós virarmos a cadeira em qualquer sítio e as camas devem estar à altura de uma cadeira.” (E9)

Por outro lado, os inquiridos com incapacidade visual realçaram não só a necessidade dos elevadores se encontrarem adequados com braille e áudio, como também a necessidade de um reconhecimento do espaço, com atribuição de pontos de referência e explicações extra por parte dos colaboradores hoteleiros e, ainda, a existência de informações em braille úteis (número das portas, chave do quarto, placas dos pisos, produtos de higiene):

“Há elevadores que são táteis e não tem uma descrição escrita, há uns que têm braille, outros só têm em alto relevo e são raros os que têm áudio. Era uma boa solução ter essa conjugação. (...) No quarto, pode haver da parte do colaborador um breve reconhecimento do espaço com uma breve descrição do que existe e depois nós fazemos com mais calma. É importante não haver objetos decorativos frágeis e fáceis de cair ao chão, porque no reconhecimento que fazemos, pode-se partir. Convém ter um tablet com áudio e as informações essenciais dos serviços e contactos para o hotel. Na casa-de-banho, o frasco do champô e do gel de banho deveria estar identificado em braille ou então distinguir-se por formatos.” (E30)

Todas estas necessidades percecionadas pelos dois tipos de hóspedes inquiridos é comprovado pelas investigações de Atef (2011); López, Fernando & Quera (2004); Ministério da Economia e do Emprego (2012); Ministério do Turismo (2009); Poria et al. (2011); Predif (2000) e Visit England (2008), dado que indicam que para existir uma mobilidade adequada no interior do hotel por parte dos hóspedes com incapacidade, deve-se ter em consideração a adequação das portas de acesso, dos pisos, dos espaços e dos percursos acessíveis até os mesmos, bem como a informação disponibilizada se encontrar adaptada em formas alternativas como o braille e os áudio-guias.

Tabela 6.10 - Necessidades na mobilidade no interior do hotel por tipo de incapacidade

Necessidades na mobilidade no interior do hotel	Entrevistados	
	Incapacidade Motora (N=15)	Incapacidade Visual (N=18)
Espaço para mobilidade (nos corredores, no quarto e na casa-de-banho)	14	--
Adaptações na casa-de-banho (barras de apoio, lavatório com área inferior livre, sanitas com altura adaptável, espelhos adaptáveis, torneiras acessíveis, zona de duche livre de obstáculos e com cadeira de banho adaptada)	14	1
Camas adequadas (altura, individualismo)	3	-
Portas com larguras e aberturas adequadas e sem molas	10	1
Elevadores adequados (espaçosos, com braille e áudio)	9	12
Roupeiro, cabides, comandos, tomadas e visores oculares acessíveis	2	1
Ausência de alcatifa	4	-
Sistema de emergência	1	1
Ausência de obstáculos no interior (escadas, rampas íngremes, objetos decorativos frágeis)	4	1
Reconhecimento do espaço, atribuição de pontos de referência e explicações extra por parte do colaborador	-	15
Informação em braille (número das portas, chave do quarto, placas dos pisos, produtos de higiene)	-	12
Sinalética luminosa e piso diferenciado	-	1

Fonte: Elaboração própria

Em termos de dificuldades na mobilidade no interior do hotel, no quarto e na casa-de-banho (tabela 6.11), ambos os grupos de entrevistados indicaram a ausência ou a inacessibilidade do elevador, pois por vezes é pequeno e não possui adaptação em braille ou sistema de som:

“Os elevadores existem, mas são muito pequenos às vezes não dá para ir alguém comigo no mesmo elevador ou então são desnivelados.” (E9)

“Nos elevadores, se não tiver relevo ou braille ou até mesmo som, fica mais difícil.” (E30)

Os entrevistados com incapacidade motora para se movimentarem no interior do hotel e pelo quarto/casa-de-banho, enfrentam as principais dificuldades respetivas à falta de espaço para a mobilidade de cadeira de rodas, às casas-de-banho inadaptadas (pouco

espaço, sem barras de apoio, sanita alta, espelhos altos, com banheira e sem cadeira de banho ou poliban com degrau), às portas estreitas, pesadas e de abertura difícil e à presença de alcatifas:

“Eu não sou adepto dos hotéis com alcatifa, mas aquilo tem prós e contras. É mais difícil circular em cima de alcatifa, podia não existir, mas não me incomoda muito...” (E8)

“As casas-de-banho são muito estreitas às vezes, para circular e fazer os movimentos necessários. As camas nos quartos nem sempre estão a uma altura adequada para me transferir e não é acessível. Para não falar novamente dos degraus pelo hotel... são o grande inimigo das pessoas com mobilidade reduzida. (...) Ah... e o guarda-roupa é mais ou menos como os armários da minha cozinha, não foram pensados para alguém de cadeira de rodas, por isso não consigo alcançar. Há mobília a mais e espaço a menos... e essas coisas se estivessem pelo menos adaptadas num certo número de quartos, entre 1 a 5 quartos, era bom.” (E9)

“Eu raramente consigo encontrar um hotel com duche sem obstáculos ou com a cadeira de banho adaptada. Muitos dos hotéis têm banheira, mas não têm nenhuma tábua ou uma cadeira adaptada. O espaço do banho é crítico, porque as pessoas precisam de fazer a sua higiene e às vezes não conseguimos ter condições para fazer a nossa higiene.” (E26)

Já os inquiridos com incapacidade visual relatam ter como principais dificuldades na mobilidade pelo hotel e pelo quarto, o espaço amplo ou labiríntico dos hotéis sem qualquer informação de orientação e a falta de informação em braille ou áudio-guia, relativa ao número das portas, chave do quarto, placas dos pisos, produtos de higiene:

“Quando o espaço é amplo ou o percurso é tipo labirinto eu tenho mais dificuldade, porque não temos informações para nos guiarmos. Aí preciso sempre de ajuda de alguém ou acompanhamento.” (E13)

Durante a mobilidade no interior do hotel, inclusive no quarto e na casa-de-banho, averiguou-se que tanto os hóspedes com incapacidade motora como os hóspedes com incapacidade visual enfrentam, na sua maioria, constrangimentos ambientais. Isto porque, como mencionado nos estudos de European Commission (2014); Israeli (2002) e Prates & Garcia (2009), as atrações turísticas e os meios de alojamento ainda não se encontram totalmente preparados para receber de forma autónoma e segura hóspedes com incapacidade.

Tabela 6.11 - Dificuldades na mobilidade no interior do hotel por tipo de incapacidade

Dificuldades na mobilidade no interior do hotel	Entrevistados	
	Incapacidade Motora (N=15)	Incapacidade Visual (N=18)
Falta de espaço para mobilidade	10	-
Portas estreitas, com molas pesadas e aberturas difíceis	8	-
Casas-de-banho inadequadas (pouco espaço, sem barras de apoio, sanita alta, espelhos altos, com banheira e sem cadeira de banho ou poliban com degrau)	7	-
Ausência ou inacessibilidade no elevador (pouco espaço, sem braille e/ou áudio)	5	6
Roupeiros, cabides, tomadas, comandos e visor ocular inacessíveis	3	1
Alcatifas	7	-
Camas inadequadas (altura, apenas de casal)	4	-
Presença de obstáculos (degraus, objetos decorativos nos corredores)	1	-
Inacessibilidade dos comandos (ar condicionado, televisão)	-	2
Espaço amplo ou labiríntico sem informação de orientação	-	5
Falta de informação áudio-guia ou em braille para orientação (número das portas, chave do quarto, placas dos pisos, produtos de higiene)	-	13
Nenhumas	1	1

Fonte: Elaboração própria

#### 6.4.5. Serviços complementares (Restaurante, Bar, SPA, Ginásio, etc.)

Segundo a tabela 6.12, no que concerne à utilização dos serviços complementares, como o restaurante, o bar, o SPA, o ginásio, entre outros possivelmente existentes, os inquiridos com incapacidade motora e incapacidade visual demonstraram como principais necessidades: o fácil acesso à zona do serviço e livre de obstáculos, o serviço personalizado no self-service e, ainda, o acompanhamento e a formação por parte dos colaboradores hoteleiros:

“O essencial para mim é que seja tudo acessível a nível de piso externo, que me permita ir com a cadeira, obviamente que, o ideal era tudo ter facilidades para que eu pudesse entrar no jacuzzi com cadeira elevatória etc., mas as pessoas sempre prontificam-se a ajudar.” (E10)

“Que seja um local plano, sem dúvida. Se houver barreiras não consigo ir até lá, depois no self-service não consigo chegar às coisas nos balcões mais altos. Nessa

parte, acho que deveríamos escolher as coisas e o colaborador levar-nos à mesa o que escolhemos. Ou colocariam os balcões mais acessíveis ou fazer um serviço personalizado à mesa, por exemplo.” (E21)

“Em caso de buffet, é complicado, não fazemos isso autonomamente. É muito complicado andarmos a escolher comida com as mãos, aí temos sempre que pedir pela colaboração do colaborador. Depois quando nos servem, há uma maneira de nos orientarem que é dizer ao cego para imaginar um relógio e que as disposições das coisas no prato encontram-se a “x” horas e depois a pessoa orienta-se e sabe o que vai comer. Portanto, a colaboração dos colaboradores é fundamental nestes serviços.” (E6)

“Relativamente à zona do SPA, devia haver linhas de identificação a delimitar esses sítios com água, para sabermos do que nos estamos a aproximar do limite, como existe nas estações de comboio. Faltava assim uma coisa do género, já era uma ajuda. Os colaboradores deviam ter uma maior atenção aos nossos casos, porque se eu quisesse ir à zona da piscina, mas ninguém nos orientar, fica complicado reconhecer o local devido ao perigo.” (E16)

Em concreto, as pessoas com incapacidade motora entrevistadas indicaram igualmente que precisam de espaço livre para circulação em todas essas zonas e a necessidade das mesas e dos balcões, nos bares e nos restaurantes, possuírem uma altura e largura adequada que permita a sua aproximação frontal, bem como um auxiliar de entrada para a piscina na zona de SPA:

“No restaurante, deve haver espaço entre as mesas... e elas devem ser largas e sem nada por baixo para além dos pés da mesa...” (E9)

“Quando posso, uso o SPA e para as piscinas é preciso um elevador, se for com alguém normalmente ajudam-me, mesmo sozinho já fui algumas vezes e os funcionários ou outras pessoas ajudaram-me a entrar, seja piscina de hidromassagem, etc.” (E3)

Não obstante, os entrevistados com incapacidade visual apresentam como maiores necessidades não só a existência da informação adaptada (em braille ou formato digital) das portas, dos menus, dos serviços existentes e dos preços, como também o reconhecimento do espaço e atribuição de pontos de referência:

“Os menus... deveria haver em formato braille pelo menos um. Em caso de buffet, é complicado, não fazemos isso autonomamente. É muito complicado andarmos a escolher comida com as mãos, aí temos sempre que pedir pela colaboração do colaborador. Depois quando nos servem, há uma maneira de nos orientarem que é dizer ao cego para imaginar um relógio e que as disposições das coisas no prato

encontram-se a “x” horas e depois a pessoa orienta-se e sabe o que vai comer. Portanto, a colaboração dos colaboradores é fundamental nestes serviços.” (E6)

“O ginásio, às vezes uso, e lá está, a questão do reconhecimento do espaço e das máquinas e depois é a explicação de como colocar a máquina a funcionar e se ela for acessível, porque há máquinas que não são acessíveis, porque temos de colocar os pormenores a nível de valores e velocidades e essas informações mais complexas. Seria interessante ter menus em braille, mas também nem todos os cegos sabem ler braille... ou então uma aplicação para quem esteja mais ligado às tecnologias, que me permitisse consultar a ementa e as atividades do hotel através do sistema de voz. Mas atenção, é preciso a aplicação ser acessível, porque muitas vezes fazem-nas bonitinhas, mas o sistema que utilizamos não consegue ler a informação.” (E18)

Estas necessidades percecionadas durante a usufruição dos serviços complementares por parte dos hóspedes com incapacidade tanto motora como visual foram, igualmente, identificadas nas investigações de López, Fernando & Quera (2004); Poria et al. (2011); Predif (2000, 2007) e Visit England (2008), que denotam não só a importância da existência de acessibilidade nos espaços físicos destes serviços (relativamente à mobília, ao piso, à entrada, etc.) bem como a relevância dos colaboradores destes serviços se encontrarem disponíveis, formados e informados, de maneira a prestar auxílio ou serviço personalizado em situações precisas.

Tabela 6.12 - Necessidades nos serviços complementares, por tipo de incapacidade

Necessidades nos serviços complementares	Entrevistados	
	Incapacidade Motora (N=15)	Incapacidade Visual (N=18)
Fácil acesso à zona e livre de obstáculos	8	3
Espaço livre para circulação	8	1
Mesas e balcões com altura e largura adequada que permita uma aproximação frontal	10	-
Serviço personalizado no self-service	7	16
Colaboradores sensibilizados, formados e prestáveis	7	16
Auxiliar de entrada para a piscina	5	-
Balneários adaptados	1	-
Informação digital/em braille (portas, menus, serviços, preços)	-	10
Reconhecimento do espaço e atribuição de pontos de referência por parte do colaborador	-	10
Piso-tátil de orientação e de delimitação	-	3

Fonte: Elaboração própria

Como indica a tabela 6.13, as principais dificuldades percebidas pelas pessoas com incapacidade motora e com incapacidade visual entrevistadas consistem no serviço de buffet ou self-service e na falta de colaboradores ou colaboradores não formados e não sensibilizados:

“Muitas vezes quando vêm ajudar... aconteceu-me há pouco tempo, penso que foi na Roménia, que acabei por comer todos os dias a mesma coisa, porque eu chegava, o senhor não me deixava tocar no prato, perguntava se eu queria isto ou aquilo e eu, pronto, sentia-me um bocado pressionado para escolher as coisas. No dia seguinte, ele já me dizia “pode ir para a mesa” e trazia-me exatamente a mesma coisa, mas sempre que ele me apanhava a ir lá, ele vinha logo atrás perguntar o que eu queria, ou seja, o tal excesso de ajuda... é melhor a pessoa mostrar-se disponível do que ser “super” protetora.” (E3)

“Agora já não tanto, mas no início quando era novidade haver o cão-guia em Portugal, nós tínhamos imensos constrangimentos, porque teimavam que não podíamos entrar seja onde fosse com o cão e podemos, pela lei. De resto, é tudo o que lhe disse antes. Se não nos orientarem, eu fico sem perceber o que existe para comer ou o que vou ter no prato.” (E6)

“Já aconteceu termos de fazer o self-service no pequeno-almoço, porque não havia disponibilidade ou colaboradores para ajudar, ou seja, ou não está ninguém, ou não sabemos a quem pedir, se não vierem ao nosso encontro ajudar-nos. Lá esta, nos restaurantes e nos bares, eu prefiro que venham à mesa e me sirvam. E nunca encontrei menus em braille, por acaso...” (E22)

Os inquiridos com incapacidade motora encaram dificuldades como as mesas e os balcões inacessíveis ou até mesmo o acesso ao próprio local, por falta de elevador, presença de escadas ou rampas inadequadas:

“As mesas às vezes são um problema, dependendo da cadeira, às vezes cabem, às vezes não cabem, mas acontece que a largura da mesa não é suficiente para eu entrar com as pernas no interior da mesa e acabo por ficar distante da mesa para conseguir comer.” (E8)

“Já encontrei sítios que não havia elevador até à zona da refeição, tinha só escadas. Tive de pedir à minha namorada para ir lá buscar tudo e trazer-me a comida, porque eu não conseguia ter acesso à zona.” (E21)

Os inquiridos com incapacidade visual enfrentam dificuldades na usufruição destes serviços complementares devido à falta de informação adaptada em braille ou formato digital (portas, menus, serviços, preços) e ao espaço amplo e labiríntico sem informação de orientação como o piso tátil ou as guias de orientação:

“Como não há informação, a partir do momento que não há disponibilidade do funcionário para nos acompanhar, fica difícil... só havendo mesmo piso tátil que nos desse uma boa orientação até os locais desses serviços (...) A dificuldade é perceber os menus e os preços, porque há a tal falta dessa informação adaptada. Porque também para nós é um bocadinho aborrecido, sempre a perguntar «e isso inclui o quê?» «E é à parte?» «E como vem?» e para nós é um bocadinho chato estar sempre a perguntar e pronto... é essencialmente isso.” (E5)

À semelhança dos momentos de check-in e check-out, ambos os grupos encaram constrangimentos de carácter externo: ambientais e interativos, dado que os locais dos serviços complementares, por norma, não se encontram totalmente acessíveis a nível arquitetónico e a nível de disponibilidade de informação. Acrescente-se ainda que, por vezes, a falta de colaboradores ou a falta de preparação dos mesmos para situações mais concretas constitui novamente um constrangimento durante a usufruição dos serviços complementares.

Tabela 6.13 - Dificuldades nos serviços complementares, por tipo de incapacidade

<b>Dificuldades nos serviços complementares</b>	<b>Entrevistados</b>	
	<b>Incapacidade Motora (N=15)</b>	<b>Incapacidade Visual (N=18)</b>
Falta de espaço para mobilidade	3	-
Mesas e balcões inacessíveis (altura, largura)	9	-
Serviço de buffet / self-service	3	4
Acesso inacessível (falta de elevador, presença de escadas ou rampas inadequadas)	5	-
Excesso de zelo e ajuda desnecessária	1	-
Inadaptações na piscina	1	-
Falta de colaboradores ou colaboradores não formados e não sensibilizados	2	8
Falta de informação digital/em braille adaptada (portas, menus, serviços, preços)	-	11
Espaço amplo ou labiríntico sem informação de orientação (piso tátil ou guias de orientação)	-	5
Nenhumas	2	1

Fonte: Elaboração própria

Em análise à nuvem de palavras relativa às necessidades e aos constrangimentos percecionados durante a estada hoteleira e indicados pelos inquiridos com incapacidade motora nas suas entrevistas (figura 6.3), verificou-se ter sido atribuído maior ênfase aos locais da entrada, aos quartos, ao espaço, à casa-de-banho, aos colaboradores, à reserva, ao balcão, às mesas, ao acesso, às rampas, à porta, às piscinas e ao ginásio. Tal demonstra



que, este grupo inquirido enfrenta necessidades e constrangimentos nos mais diversos locais e nas várias etapas de uma estada hoteleira, como se avaliou anteriormente.

Figura 6.3 - Nuvem de palavras das necessidades e dos constrangimentos durante a estada hoteleira dos inquiridos com incapacidade motora



Fonte: "Word Cloud Generator" (2018)

Através da figura 6.4, observou-se que as necessidades e os constrangimentos durante a estada hoteleira dos inquiridos com incapacidade visual focam-se, essencialmente, em aspetos como: a informação, o reconhecimento, o braille, os colaboradores, o espaço, a orientação, a dificuldade, a ajuda, a entrada e o contacto, o que entra em concordância com a análise realizada anteriormente.

Figura 6.4 - Nuvem de palavras das necessidades e dos constrangimentos durante a estada hoteleira dos inquiridos com incapacidade visual



Fonte: "Word Cloud Generator" (2018)

## 6.5. Experiências hoteleiras e sugestões de melhoria

Relativamente às experiências hoteleiras (tabela 6.14), os entrevistados indicaram que há sempre alguma situação que corre menos bem durante as suas experiências hoteleiras, porém a maioria delas foi positivas, devido à disponibilidade e à ajuda dos colaboradores hoteleiros, principalmente:

“A maioria foram positivas, porque senti-me confortável e usufrui normalmente dos espaços onde estive. Com a ajuda dos funcionários, fica tudo mais fácil e têm sido prestáveis. É claro que, era melhor se estivesse tudo adaptado, até para sermos mais autónomos, mas todas as estadias correram bem.” (E17)

“Eu acho que foi positivo, porque mesmo aquelas pessoas que não agiram da melhor forma por desconhecimento, notou-se que elas queriam aprender e ajudar. Pior seria se soubessem e tivessem conhecimento de como ajudar, mas não o quisessem fazer. Não podemos ver as coisas negativas por desconhecimento, dessa forma.” (E33)

Realce-se que, os entrevistados afirmam também que consideram muitas dessas experiências positivas, porque já estão a contar com as dificuldades e as surpresas, sabendo de antemão que não existe ainda nenhum estabelecimento hoteleiro 100% adaptado para dar resposta às suas totais necessidades:

“Posso dizer que, sempre que eu viajo e muitas vezes para sítios que não conheço, ainda para mais em trabalho, eu sei que vai haver sempre dificuldades e surpresas. Já estou sempre a contar que vou ter de arranjar soluções, eu já estou ciente disso. Nunca é uma experiência totalmente positiva, agora eu acho que, como já tenho muitos anos de experiência a viajar, vou sabendo lidar com muitas situações, mas sempre consciente que vai haver sempre dificuldades.” (E26)

É ainda referido que as unidades hoteleiras já se encontram em melhores condições de acessibilidade do que há vários anos. Contudo, a exigência de satisfação destes clientes tem aumentado e, como tal, há um longo caminho a percorrer visando a acessibilidade plena:

“Muito positivas, acho que isto também depende da cabeça de cada um. Nem eu, nem a minha mulher somos de complicar. Atualmente, as coisas estão muito melhores e houve alturas que era bem pior.” (E27)

“(…) é um pouco 50/50. Depois de teres conhecido algo bom e realmente um bom quarto adaptado, já exigis outro nível, já exiges melhor. Há muita coisa que pode ser melhorada, mas também há coisas que já estão a melhorar.” (E21)

“Positivas, porque em 15 anos, a pessoa gosta de viajar, de ir à aventura e fecha os olhos a muita coisa, mas eu vou ser aquela pessoa que de hoje para amanhã vai exigir mais. Claro que foram positivas, de ter saído de ter me dado hipótese de sair. Hoje não tive uma casa-de-banho, mas tive um quarto. Amanhã vou querer um quarto e uma casa-de-banho. Lá está, faltam casas-de-banho e quartos maiores e melhores. Foram positivas, porque fechei os olhos a muitas coisas.” (E20)

“A maioria foi positiva. Notei, em dez anos de acidente, quase sempre uma grande evolução, mesmo cá em Portugal e no estrangeiro, nota-se uma grande diferença, muitas vezes nem tanto no espaço físico, mas na mentalidade das pessoas. Cada vez mais nota-se mais pessoas com mobilidade reduzida a viajar. Normalmente, quanto mais desenvolvido o país, maior é a acessibilidade.” (E3)

Tabela 6.14 - Experiências hoteleiras por tipo de incapacidade

<b>Experiências hoteleiras</b>	<b>Entrevistados</b>	
	<b>Incapacidade Motora (N=15)</b>	<b>Incapacidade Visual (N=18)</b>
Maioria positiva	12	18
Maioria negativa	1	-
Algumas positivas, outras negativas	2	-

Fonte: Elaboração própria

Nas entrevistas realizadas, pediu-se aos inquiridos que dessem as suas sugestões pessoais que visassem a melhoria da acessibilidade nas unidades hoteleiras, indicadas na tabela 6.15.

A esmagadora maioria dos entrevistados com incapacidade motora e com incapacidade visual referiu como principal sugestão a formação e a sensibilização dos colaboradores nas unidades hoteleiras. Isto porque, na opinião dos entrevistados, muitos colaboradores desconhecem as condições de acessibilidade do hotel e as necessidades dos seus clientes. Além disso, não se sentem à vontade para lidar com pessoas com incapacidade, nem sabem como prestar auxílio, o que provoca situações constrangedoras ou por falta de ajuda ou por excesso de zelo e infantilização:

“(…) é também dar alguma formação aos funcionários, pois muitas vezes há o excesso de zelo e ajuda a mais e às vezes ajuda a menos... até mesmo o próprio contacto, no meu caso específico, não há nenhum problema de comunicação, mas às vezes não falam para mim... acho que ainda têm uma má atitude nalguns sítios... e falando especificamente no meu caso, os funcionários estarem cientes das condições do hotel.” (E3)

“Na minha opinião, é sempre importante eles terem boa formação... serem capazes de nos orientar e levar-nos até às mesas e assim...” (E5)

“(...) Às vezes há coisas que passam ao lado das pessoas e pronto, é normal, porque são necessidades que não lhes dizem respeito..., mas às vezes acontece chamarmos a atenção e nem quererem saber. Acho que também poderia ser importante alguma formação por parte dos colaboradores do hotel. Às vezes caem no ridículo, porque não sabem como lidar e infantilizam um bocadinho ou dramatizam demais e acho que isto tem de ser tratado por igual, vai um bocadinho pela parte do atendimento.” (E28)

“(...) as pessoas devem ter formação ou serem sensibilizadas para estarem preparadas para ajudar, porque há muitas pessoas que ainda não sabem como lidar connosco e que nunca ouviram falar na palavra “inclusão” e repare, todos nós vamos para velhos, e não é só pessoas com incapacidade, são as pessoas com idade, os pais com carrinhos de bebé, uma pessoa de muletas... todas essas questões seriam mais fáceis para todos.” (E12)

Tais sugestões são também mencionadas nas investigações de Atef (2011); Bizjak, Knežević, & Cvetrežnik (2011); Freeman & Selmi (2010); Ozturk et al. (2008); Poria et al. (2011), dado que realçam a importância da formação e da educação junto dos colaboradores e dos estudantes do setor turístico, de modo a alterar as atitudes destes agentes perante a incapacidade. Outros estudos, realizados por Bizjak et al. (2011) e por Schitko e Simpson (2012) indicam que o contacto dos estudantes com a realidade da incapacidade, modificariam as suas atitudes e as suas perceções face à mesma. Todavia, a formação nesta temática não se encontra presente nos planos curriculares dos cursos turísticos (Bizjak et al., 2011), como sugerido por um dos entrevistados (tabela 6.15):

“Deveria ser obrigatório, nos conteúdos programáticos das cadeiras de turismo e de hotelaria e não só... nas de engenharia civil e arquitetura, experiências para que as pessoas saibam o que é estar na nossa pele e ganhar a perceção das dificuldades que uma pessoa pode enfrentar na sua mobilidade.” (E6)

Os entrevistados com incapacidade motora sugerem, na sua maioria, alterações arquitetónicas e físicas nos quartos, nas casas-de-banho e nas áreas comuns de serviços, de maneira a possibilitar o seu acesso, ou até mesmo aplicar um serviço de aluguer de adaptações:

“(...) ter contactos com empresas que aluguem adaptações, nem que se cobre esse acréscimo ao cliente... o cliente se souber que vai ter as condições, não se importará de pagar um extra por isso, como já me aconteceu no Brasil, ter que

alugar uma cadeira de rodas, porque a minha não entrava na casa-de-banho, não tinha largura suficiente.” (E3)

“A zona do banho, tirava a banheira. Era a coisa mais simples que se fazia na casa-de-banho, falando que devia haver espaço claro. E tirar banheiras e polibans. Dentro do quarto, retirar muitos móveis desnecessários e quanto às camas, acredito que fosse mais útil e confortável para os vários tipos de pessoa, se pudéssemos ajustá-la de acordo com as necessidades de cada um e pronto é isto.” (E20)

“Ter elevador ou ter fácil acesso; a própria situação dos quartos serem espaçosos; as larguras das portas serem adequadas; até os próprios interruptores da luz estarem a uma altura acessível; nas casas de banho o poliban ou a banheira estar adaptada, são coisas fundamentais.” (E1)

“Na casa-de-banho e no quarto deve ter sempre espaço suficiente para andar com a cadeira de rodas. E não colocar bancos, mas sim uma cadeira de banho... é mais seguro e claro ter aqueles suportes.” (E8)

“(...) na receção, deveria haver aquela zona adaptada rebaixada ou uma secretária para fazer o atendimento personalizado às pessoas em cadeira de rodas. Os hotéis novos deveriam investir em quartos mais amplos, e não fazer um número de quartos para depois não haver espaço nenhum.” (E9)

Enquanto que, os entrevistados com incapacidade visual fizeram mais sugestões relativas à acessibilidade de informação e de orientação, como adaptar as informações escritas ou visuais, em braille ou formato áudio:

“Uma das adaptações que não acho que fosse complicada era haver referências seja a nível sonoro, seja a nível tátil pelo hotel e pronto, é isso.” (E16)

“(...) pisos táteis, elevadores mais acessíveis, muitos já vão sendo, mas a parte sonora é raro. Informação em braille também é muito rara, (...) E haver sempre um espaço no hotel ou perto do hotel, para que os cães-guias possam fazer as suas necessidades, como nos aeroportos.” (E18)

“As linhas guias para a pessoa ter outra orientação, ter pontos de referência com placas e informações, ah e a questão do sinal sonoro dos elevadores, para a pessoa conseguir perceber em que andar está. E isso existe, essa tecnologia, os hotéis é que não a põem em prática. Ah e as chaves do quarto estarem sinalizadas de maneira a orientar a forma de inserir o cartão.” (E18)

“Acho que hoje em dia pode facilitar muito é haver, lá está, a informação disponível num formato digital e qualquer pessoa aceder a informação do menu do restaurante, dos diretórios e dos serviços do hotel. Lá está, tudo o que é

informação escrita existente, estar disponível ou em áudio-guia ou num site acessível ou na televisão do hotel, pois é fácil de aceder. Depois é a situação da guia tátil, do acesso até o elevador ou do elevador até às salas dos serviços. Ah e a acessibilidade digital nas reservas, melhorar a construção dos sites.” (E29)

Os estudos de Atef (2011); López, Fernando & Quera (2004); Ministério da Economia e do Emprego (2012); Ministério do Turismo (2009); Poria et al. (2011); Predif (2000) e Visit England (2008) demonstram que, realmente, é fundamental ter em consideração a arquitetura do espaço, tendo em conta a adequação das portas de acesso, dos pisos, dos espaços em si e dos percursos acessíveis até os mesmos, bem como disponibilizar informação atualizada, acessível e adaptada em diversas formas alternativas como em braille e/ou em áudio-guias.

Curiosamente, ambos os tipos de entrevistados realçam, na sua maioria e de forma explícita, a importância de os hotéis possuírem elevadores adequados, com espaço de circulação e informação em braille e áudio, pois só assim conseguem mobilizar-se mais autónoma e adequadamente pelo estabelecimento hoteleiro:

“O elevador é extremamente importante, sem elevador não vamos a lado nenhum.” (E8)

“Deveria existir elevadores em todos eles ou alternativas às escadas.” (E23)

“ah e a questão do sinal sonoro dos elevadores, para a pessoa conseguir perceber em que andar está. E isso existe, essa tecnologia, os hotéis é que não a põem em prática.” (E18)

“mais importante que o braille, é ter o áudio, a tal voz nos elevadores, porque eu posso não parar à primeira no piso que escolhi e as dimensões do elevador, tem de haver condições para caber uma cadeira de rodas, mas não é só uma cadeira de rodas sozinha, terá sempre que ter espaço para um acompanhante pelo menos, como é a minha situação” (E33)

Tabela 6.15 - Sugestões de melhoria da acessibilidade por tipo de incapacidade

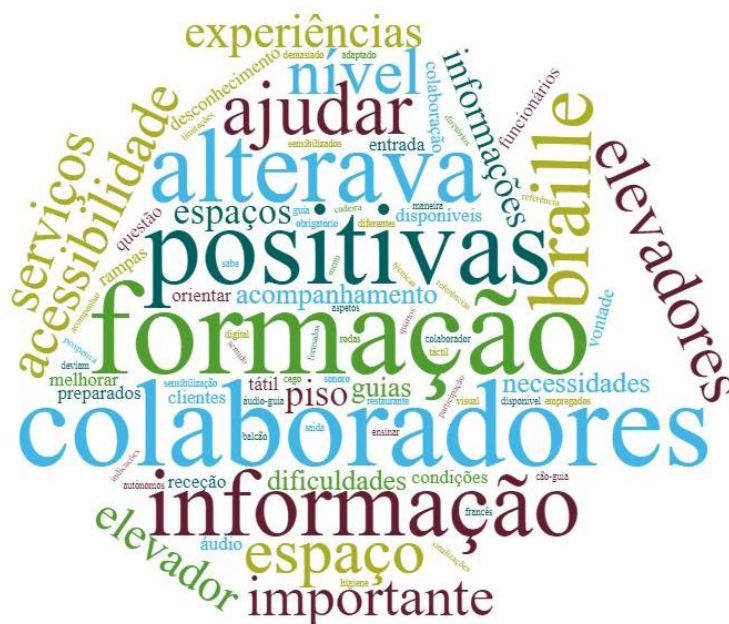
Sugestões	Entrevistados	
	Incapacidade Motora (N=15)	Incapacidade Visual (N=18)
Reserva prática e acessível	1	1
Existência de elevadores adequados (espaçosos, com braille e áudio)	4	7
Ausência de escadas/presença de rampas acessíveis	3	1
Formação e sensibilização dos colaboradores	8	15
Quartos com espaço para mobilidade com cadeira de rodas	3	-
Portas adequadas (largas, leves e de fácil abertura)	4	-
Roupeiros, cabides, tomadas, comandos e visores oculares acessíveis	2	-
Casa-de-banho com barras de apoio, lavatório com área inferior livre, sanitas com altura adaptável, espelhos adaptáveis, zona de duche livre de obstáculos e com cadeira de banho adaptada.	7	-
Criação e cumprimento da legislação relativa à acessibilidade	3	1
Auditoria aos locais por pessoas com incapacidade	1	-
Remoção das alcatifas	2	-
Adaptação nas piscinas	2	-
Ter espaços amplos e remover barreiras	5	1
Serviço de aluguer de adaptações	1	-
Fornecer informações detalhadas acerca da acessibilidade nas plataformas digitais (descrição, fotografias)	1	-
Existência mínima de 1 quarto adaptado	1	-
Criar zona adaptada rebaixada ou balcão acessível para pessoa com cadeira de rodas	3	-
Camas ajustadas	1	-
Mobília com dimensões adequadas	1	-
Sensibilização à gerência hoteleira	1	-
Informações em braille/áudio-guia (diretórios, menus, preços, promoções, eventos, plantas, número de portas, chaves de quarto, produtos de higiene)	-	15
Piso-tátil de orientação ou linhas guias	-	9
Acessibilidade abordada nos conteúdos programáticos escolares	-	1
Parcerias com associações e entidades turísticas acessíveis	-	1
Espaços adaptados para cães-guias	-	1

Fonte: Elaboração própria





Figura 6.6 - Nuvem de palavras das experiências hoteleiras e sugestões de melhoria à acessibilidade dos inquiridos com incapacidade visual



Fonte: "Word Cloud Generator" (2018)

## 6.6. Conclusão

Após efetuada a análise e a discussão dos resultados obtidos através das entrevistas, urge a necessidade de sintetizar os mesmos.

Este capítulo iniciou-se com a caracterização da amostra, onde se verificou que as pessoas com incapacidade praticam atividades turísticas, independentemente da sua idade, do seu grau de escolaridade, da sua profissão e do seu nível e grau de incapacidade.

De seguida, analisou-se e discutiu-se as práticas turísticas dos inquiridos, sendo este um dos objetivos específicos desta investigação. Verificou-se que os inquiridos com incapacidade viajam, no mínimo, uma vez por ano, podendo fazer até 10 viagens anuais, para dentro do seu país (Portugal) ou para o estrangeiro. Os entrevistados com incapacidade motora são os que realizam maior número de viagens por ano e os que viajam efetivamente para mais países estrangeiros. Os motivos principais dessas viagens são semelhantes a ambos os grupos, tratando-se de viagens por lazer ou em formação e trabalho. Poucos referiram a saúde como motivação principal à viagem turística. No que concerne à duração das viagens, em média, os inquiridos com incapacidade motora viajam maioritariamente cerca de uma semana, já os inquiridos com incapacidade visual podem fazer viagens de um a três dias como de uma semana, aproximadamente. Ao que

se apurou, a grande maioria viaja acompanhado, seja por familiares, por companheiros, por amigos, colegas ou em grupos organizados, ainda assim, alguns deles realizam viagens turísticas também sozinhos. Para além disso, determinou-se que é vasta a lista de unidades hoteleiras frequentada por esta amostra, sendo as cadeias hoteleiras: IBIS, Vila Galé, Pestana, Mélia, Inatel e Tivoli das mais frequentadas.

Posteriormente, analisou-se as necessidades e os constrangimentos enfrentados pelos inquiridos com incapacidade, durante as suas estadas hoteleiras. Determinou-se primeiramente que, estes têm em consideração fatores como a acessibilidade, a localização, a relação qualidade/preço, os serviços e condições e a recetividade dos colaboradores, aquando tencionam reservar uma estada numa unidade hoteleira.

Durante as várias etapas dessa estada, os inquiridos com incapacidade motora demonstraram necessitar maioritariamente de adaptações arquitetónicas nas áreas comuns, no quarto, na casa-de-banho e na entrada do hotel, assim como da prestabilidade e colaboração adequada por parte dos funcionários hoteleiros. Tendo em conta as suas experiências vivenciadas nos últimos anos, estes indicam enfrentar constrangimentos, maioritariamente, ambientais e, por vezes, interativos, ao longo da sua estada hoteleira.

Não obstante, os inquiridos com incapacidade visual apresentaram, maioritariamente, necessidades alusivas à adaptação da informação envolvente em formatos alternativos (braille, áudio-guia, digital), referindo de igual modo a importância dos colaboradores formados e prestáveis nos serviços hoteleiros. Estes inquiridos, também enfrentam, na sua maioria, constrangimentos ambientais e interativos, aquando as suas estadas hoteleiras, apesar de não se referirem exatamente aos mesmos constrangimentos enfrentados pelas pessoas com incapacidade motora.

Por fim, determinou-se que, apesar dos constrangimentos enfrentados e das necessidades ainda por satisfazer, as experiências hoteleiras dos inquiridos foram, na sua grande maioria, positivas. Isto porque, puderam sempre contar com a colaboração de outrem, em especial dos colaboradores, que os ajudaram a contornar as adversidades. Muitos deles afirmam que têm a consciência que irão encontrar sempre obstáculos e algumas surpresas, por muito planeadas que sejam as suas viagens. Além disso, ao longo dos anos, têm denotado um melhoramento nas condições de acessibilidade na hotelaria, embora ainda falte um longo percurso com vista à acessibilidade plena.

Por fim, os inquiridos indicaram diversas sugestões para aumentar o nível de acessibilidade nas unidades hoteleiras, predominando a:

- Existência de elevadores adequados (espaçosos, com braille e áudio);
- Formação e sensibilização aos colaboradores;
- Casa-de-banho com barras de apoio, lavatório com área inferior livre, sanitas com altura adaptável, espelhos adaptáveis, zona de duche livre de obstáculos e com cadeira de banho adaptada;
- Criação e cumprimento da legislação relativa à acessibilidade;
- Ter espaço e remover barreiras;
- Informações em braille/áudio-guia (diretórios, menus, preços, promoções, eventos, plantas, número de portas, chaves de quarto, produtos de higiene);
- Piso-tátil de orientação ou linhas guias.



## Capítulo 7 - Conclusões

O turismo é considerado um direito humano que contribui para a qualidade de vida e, como tal, deve-se encontrar acessível a qualquer pessoa, independentemente das suas condições económicas, físicas e sociais (Devile, 2009). A acessibilidade turística permite beneficiar não só pessoas com incapacidade, como também idosos, famílias com crianças pequenas, pessoas com doenças temporárias ou crónicas, grávidas ou qualquer pessoa que, eventualmente, necessite (Fundación ONCE, 2008). Nos últimos anos, as pessoas com incapacidade têm reivindicado o seu direito de usufruir de experiências turísticas, resultado do aumento da sua integração económica e social. Todavia, apesar da legislação e regulamentação criada, este segmento ainda enfrenta inúmeras dificuldades no acesso aos serviços turísticos (Devile, 2009; Organização Mundial do Turismo & Fundación ACS, 2014). Para dar resposta às necessidades deste segmento são precisos dois pré-requisitos, como as instalações turísticas adequadas e os recursos humanos qualificados e sensibilizados (Ozturk et al., 2008).

Tendo em conta a escassa exploração desta temática relativamente às experiências hoteleiras das pessoas com incapacidade (Poria et al., 2011), em Portugal, esta dissertação surge com o objetivo de determinar as necessidades e os constrangimentos dos hóspedes com incapacidade motora e dos hóspedes com incapacidade visual, durante as suas estadas hoteleiras. Para tal, foram recolhidos dados primários, através de entrevistas semiestruturadas a 15 portugueses com incapacidade motora e a 18 portugueses com incapacidade visual que utilizavam/utilizam unidades hoteleiras como meio de alojamento aquando as suas viagens turísticas. O guião da entrevista foi desenvolvido pela investigadora, com base na informação recolhida durante o seu estágio e na revisão de literatura elaborada na presente investigação. Este subdividiu-se em quatro secções: I – Práticas turísticas; II - Necessidades e constrangimentos; III – Experiências hoteleiras e sugestões e IV – Características sociodemográficas e perfil de incapacidade, com o intuito de atingir os objetivos específicos propostos neste estudo.

A análise ao conteúdo das entrevistas realizadas demonstrou que as pessoas com incapacidade praticam turismo, independentemente, da sua idade, da sua escolaridade, da sua ocupação profissional e do tipo de incapacidade adquirido, ao longo da sua vida.

Efetivamente, os inquiridos com incapacidade motora e com incapacidade visual viajam no mínimo, uma vez por ano, sendo que alguns realizam cinco ou mais viagens anuais,

seja para dentro de Portugal seja para o estrangeiro. Essas viagens têm uma duração entre 1 a 10 dias e vão acompanhados normalmente por familiares e amigos, o que demonstra a potencialidade económica deste segmento para o setor turístico (Buhalis et al., 2005; Domínguez et al., 2013; European Commission, 2014; Figueiredo et al., 2012; Kastenholtz et al., 2012; Kéroutl, 2001; Luiza, 2010; Morelli et al., 2004; Neumann & Reuber, 2004; Var et al., 2011).

Nas suas viagens turísticas frequentaram diversas cadeias hoteleiras de referência nacional e internacional, o que demonstra que este segmento tem preferência por hotéis como meio de alojamento turístico (Burnett & Baker, 2001; Devile et al., 2010; European Commission, 2014; Figueiredo et al., 2012; González & Alonso, 2004; Morelli et al., 2004; Neumann & Reuber, 2004; Var et al., 2011).

Ao longo da estada hoteleira, as necessidades dos entrevistados com incapacidade motora são, na sua maioria, relativas a alterações físicas e arquitetónicas nas áreas comuns, nos quartos e respetivas casas-de-banho e ainda na entrada de acesso ao hotel. Enquanto que, os entrevistados com incapacidade visual necessitam que haja adaptações da informação envolvente em formatos alternativos (braille, digital, áudio-guia), sendo igualmente importante, existir colaboradores formados, informados e disponíveis para auxiliar nas diversas etapas da estada.

Com este estudo, concluiu-se também que, o nível de acessibilidade hoteleiro necessita de ser melhorado, uma vez que as pessoas com incapacidade ainda encaram diversos constrangimentos durante as suas estadas hoteleiras. Os entrevistados com incapacidade motora indicaram enfrentar em todas as etapas da estada hoteleira, constrangimentos ambientais, sendo que no momento da reserva, no check-in e check-out e na usufruição dos serviços complementares passam habitualmente também por constrangimentos interativos. Já os entrevistados com incapacidade visual demonstraram passar por constrangimentos ambientais em todas as etapas da estada hoteleira, à exceção da reserva do hotel, onde encaram constrangimentos interativos, bem como no check-in e check-out e na usufruição dos serviços complementares.

De modo geral, as pessoas com incapacidade motora realçam a arquitetura dos espaços como o maior obstáculo e as pessoas com incapacidade visual determinam as suas dificuldades em função da falta de acessibilidade da informação que os envolve.

Ambos os grupos entrevistados salientam o papel essencial do colaborador formado e preparado para atender o cliente com necessidades especiais, de maneira a contribuir para uma experiência hoteleira melhor (Darcy, 2010b).

No que concerne às experiências hoteleiras vivenciadas pelos inquiridos, denotou-se que a maioria considera ter obtido experiências positivas, apesar dos constrangimentos enfrentados, uma vez que puderam sempre contar com a colaboração e prestabilidade dos funcionários de maneira a contornar essas mesmas dificuldades. Contudo, valorizariam se fossem implementadas algumas melhorias com visão à acessibilidade plena, de maneira a serem mais autónomos nas suas viagens turísticas.

Em suma, registou-se as diversas sugestões de melhoria à acessibilidade hoteleira, tendo sido especialmente enfocada a importância da formação e da sensibilização dos colaboradores, a existência de meios de deslocação adaptados (elevadores, rampas, piso táteis, placas informativas) e, ainda, a criação e o cumprimento da legislação relativa à acessibilidade, entre outras tantas sugestões referenciadas detalhadamente no capítulo anterior.

### **7.1. Contribuições teóricas e práticas**

Deste trabalho de investigação, resultaram diversos contributos não só para as investigações académicas na área do turismo acessível e vertente da procura turística, como também para a própria indústria hoteleira e para as instituições responsáveis pela formação de profissionais em turismo. Deste modo, relativamente à revisão de literatura, identificou-se como contributos teóricos:

- A identificação e o esclarecimento dos conceitos fundamentais à compreensão do turismo acessível;
- O reconhecimento dos benefícios da prática de acessibilidade no sector do turismo;
- A clarificação do perfil e do comportamento das pessoas com incapacidade como segmento da procura turística;
- A identificação dos principais constrangimentos percecionados pelos turistas com incapacidade motora e com incapacidade sensorial aquando a utilização de produtos e serviços turísticos;
- A identificação dos parâmetros de acessibilidade na hotelaria, em concreto para cada uma das etapas da estada hoteleira.

No que concerne à contribuição prática desta investigação para a indústria hoteleira e para as instituições responsáveis pela formação de profissionais em turismo, identificou-se como contributos:

- A compreensão das práticas turísticas de pessoas com incapacidade motora e de pessoas com incapacidade visual e a perceção das mais-valias e do seu respetivo potencial como segmento da procura turística;
- A identificação das principais necessidades e constrangimentos dos turistas com incapacidade motora e dos turistas com incapacidade visual durante as suas estadas numa unidade hoteleira;
- A identificação das perceções dos turistas com incapacidade relativamente às suas experiências hoteleiras vivenciadas até à data;
- A sensibilização para a implementação de sugestões visando a melhoria das práticas de acessibilidade nos hotéis e a integração social plena das pessoas com incapacidade;
- A identificação da importância em profissionais do sector turístico encontrarem-se informados e formados para servir os diversos tipos de clientes, consoante as suas necessidades específicas;
- A compreensão da necessidade de melhorar e adaptar os produtos e os serviços hoteleiros às necessidades de e para cada cliente.

## **7.2. Limitações**

O desenvolvimento desta dissertação demonstrou ser um processo complexo e exigente, todavia, extremamente enriquecedor tanto académica como pessoalmente, uma vez que possibilitou a obtenção de uma nova visão e perspetiva relativamente às experiências turísticas das pessoas com incapacidade, bem como a criação de uma rede de contactos na área do turismo acessível.

Contudo, como em todos os projetos, existiram algumas limitações que condicionaram o decorrer desta investigação, seja a nível teórico como a nível empírico. Em termos teóricos, as limitações prenderam-se pela complexidade e pela amplitude dos diversos conceitos associados à temática principal, visto que este estudo apenas aborda uma pequena porção de um todo bem mais extenso, o turismo acessível. Além disso, houve alguma dificuldade em encontrar e referenciar estudos com informações mais recentes e atuais, respetivos à temática abordada nesta investigação.



No que se refere à parte empírica, as limitações incidiram-se, essencialmente, na falta de meios económicos e temporais, no método de recolha de dados, para:

- Usufruir do apoio de técnicos de acompanhamento a pessoas com incapacidade intelectual, impossibilitando a realização de entrevistas a este segmento;
- Contratar profissionais de interpretação de Língua Gestual, impedindo a concretização de entrevistas a pessoas com incapacidade auditiva;
- Realizar várias deslocações em Portugal Continental, sendo a investigadora residente da Ilha da Madeira, Portugal. Na impossibilidade de realizar a entrevista presencialmente, optou-se pela realização de entrevistas por videochamada aos inquiridos residentes em Portugal Continental.

Para além disso, o método de análise de dados revelou-se uma tarefa exaustiva e de extrema exigência pessoal por parte da investigadora, pois toda a análise foi realizada manualmente, dados os custos extra que o software auxiliar de análise de conteúdo implicaria.

### **7.3. Futuras investigações**

Apesar do crescimento no número de investigações relacionadas com o turismo acessível, em Portugal, verificou-se que a procura turística é uma vertente ainda pouco explorada. Como tal, seria do interesse académico e do setor turístico que fossem desenvolvidas futuras investigações semelhantes a esta aqui apresentada, com aplicação não só a outros meios de alojamento turístico como a outros setores da atividade turística: restauração, transportes, património natural e cultural, visto que um destino só é considerado acessível se possuir todos os elementos do seu sistema turístico acessíveis. Denote-se de igual importância abranger, se possível, nesses estudos, outros segmentos para além das pessoas com incapacidade motora e das pessoas com incapacidade visual, como por exemplo, as pessoas com incapacidade auditiva, com incapacidade intelectual, as grávidas, os idosos, entre tantos outros segmentos referidos ao longo desta investigação.

É preciso ter em conta que, para atingir a acessibilidade plena turística, é fundamental que se compreenda as necessidades dos turistas e as dificuldades que ainda enfrentam, aquando a usufruição dos serviços turísticos no nosso país, só assim é possível adaptar e melhorar os nossos produtos e serviços turísticos.

Ao desenvolver estas investigações anteriormente sugeridas, tornar-se-ia possível identificar o nível de acessibilidade do destino turístico e, conseqüentemente, a evolução do turismo acessível em Portugal.

## Referências Bibliográficas

- Accessible Portugal. (2018), (May). Retrieved from <http://accessibleportugal.com/>
- Agovino, M., Casaccia, M., Garofalo, A., & Marchesano, K. (2017). Tourism and disability in Italy. Limits and opportunities. *Tourism Management Perspectives*, 23, 58–67. <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2017.05.001>
- Amiralian, M. L., Pinto, E. B., Ghirardi, M. I., Lichtig, I., Masini, E. F., & Pasqualin, L. (2000). Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 34(1), 97–103. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000100017>
- Atef, T. M. (2011). Assessing the ability of the Egyptian hospitality industry to serve special needs customers. *Managing Leisure*, 16(3), 231–242. <https://doi.org/10.1080/13606719.2011.583410>
- Battistella, L. R., & Brito, C. M. M. de. (2001). Classificação Internacional de Funcionalidade ( CIF ) International Classification of Functioning Disability and. *Acta Fisiátrica*, 8(1), 0–3. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20020003>
- Bizjak, B., Knežević, M., & Cvetrežnik, S. (2011). Attitude change towards guests with disabilities. Reflections From Tourism Students. *Annals of Tourism Research*, 38(3), 842–857. <https://doi.org/10.1016/j.annals.2010.11.017>
- Blichfeldt, B. S., & Nicolaisen, J. (2011). Disabled travel: Not easy, but doable. *Current Issues in Tourism*, 14(1), 79–102. <https://doi.org/10.1080/13683500903370159>
- Buhalis, D., Eichhorn, V., Michopoulou, E., & Miller, G. (2005). Accessibility Market and Stakeholder Analysis: One-Stop-Shop for Accessible Tourism in Europe. *Analysis*, 1–88.
- Burnett, J. J., & Baker, H. B. (2001). Assessing the travel-related behaviors of the mobility-disabled consumer. *Journal of Travel Research*, 40(1), 4–11. <https://doi.org/10.1177/004728750104000102>
- Câmara Municipal de Lousã. (2010). *Relatório Final Projeto*.
- Card, J. A., Cole, S. T., & Humphrey, A. H. (2006). A comparison of the Accessibility and Attitudinal Barriers Model: Travel providers and travelers with physical disabilities. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 11(2), 161–175.

<https://doi.org/10.1080/10941660600727566>

- Daniels, M. J., Drogin Rodgers, E. B., & Wiggins, B. P. (2005). "Travel Tales": An interpretive analysis of constraints and negotiations to pleasure travel as experienced by persons with physical disabilities. *Tourism Management*, 26(6), 919–930. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2004.06.010>
- Darcy, S. (2002). Marginalised participation: Physical disability, high support needs and tourism. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 9(1), 61–72.
- Darcy, S. (2003). Disabling Journeys: the social relations of tourism for people with impairments in Australia - an analysis of government tourism authorities and accommodation sector practice and discourses. *School of Leisure, Sport and Tourism*.
- Darcy, S. (2006). Setting a Research Agenda for Accessible Tourism, 1–36. Retrieved from [http://www.crctourism.com.au/wms/upload/images/Disc of images and PDFs/for bookshop/Documents/Darcy\\_accessibleTourism.pdf](http://www.crctourism.com.au/wms/upload/images/Disc%20of%20images%20and%20PDFs/for%20bookshop/Documents/Darcy_accessibleTourism.pdf)
- Darcy, S. (2010a). Accessible Tourism: A question of trust, strategic knowledge management and a commitment to sustainability, (December).
- Darcy, S. (2010b). Inherent complexity: Disability, accessible tourism and accommodation information preferences. *Tourism Management*, 31(6), 816–826. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2009.08.010>
- Darcy, S., & Buhalis, D. (2011). Conceptualising Disability. In D. Buhalis & S. Darcy (Eds.), *Accessible Tourism: Concepts and Issues* (pp. 21–45). UK: Channel View Publications.
- Darcy, S., Cameron, B., Dwyer, L., Taylor, T., Wong, E., & Thomson, A. (2008). Visitor Accessibility in Urban Centres, (June).
- Darcy, S., & Dickson, T. J. (2009). A whole-of-life approach to tourism: The case for accessible tourism experiences. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 16(1), 32–44. <https://doi.org/10.1375/jhtm.16.1.32>
- Darcy, S., & Pegg, S. (2011). Towards Strategic Intent: Perceptions of disability service provision amongst hotel accommodation managers. *International Journal of Hospitality Management*, 30(2), 468–476.

<https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2010.09.009>

Decreto-Lei n.º 123/97 de 22 de maio. (1997). *Diário Da República — I Série- A, 118*, 2540–2544. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/398011>

Decreto-Lei n.º 125/2017 de 4 de outubro. (2017). *Diário Da República, 1.ª Série — N.º 192*, 5592–5594.

Decreto-Lei n.º 136/2014 de 9 de setembro. (2014). *Diário Da República, 1.ª Série — N.º 173*, 5378–5401.

Decreto-Lei n.º 39/2008 de 7 de março. (2008). *Diário Da República, 1.ª Série — N.º 48*, 1440–1456. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/247248>

Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto. (2006). *Diário Da República, 1.ª Série - N.º 152 - 8 de Agosto de 2006*, 5670–5689. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/538559>

Devile. (2009). O desenvolvimento do Turismo Acessível: dos Argumentos Sociais aos Argumentos de Mercado. *Revista Turismo & Desenvolvimento*, 2009(11), 39–46.

Devile, E. (2014). *Dinâmicas de envolvimento das pessoas com incapacidade nas atividades turísticas*. Retrieved from <https://ria.ua.pt/handle/10773/14080>

Devile, E., Garcia, A., Carvalho, F., & Neves, J. (2012). Turismo Acessível em Portugal - Estudo de casos de boas práticas. *Revista Turismo & Desenvolvimento*, 1403–1416.

Devile, E., & Kastenholz, E. (2018). Accessible tourism experiences: the voice of people with visual disabilities. *Journal of Policy Research in Tourism, Leisure and Events*, 0(0), 1–21. <https://doi.org/10.1080/19407963.2018.1470183>

Devile, E., Kastenholz, E., & Santiago, R. (2010). Facilitadores e inibidores à participação das pessoas com deficiências nas actividades turísticas: uma abordagem conceptual. *Extended Abstract in RTD/ Journal of Tourism and Development*, 3(13/14), 1073–1074. Retrieved from <http://www.ua.pt/event/invtur2010/>

Devile, E., Kastenholz, E., & Santiago, R. (2012). Inibidores, facilitadores e estratégias de negociação associadas às experiências turísticas das pessoas com incapacidade. *Revista Turismo & Desenvolvimento*, 3, 1417–1430.

Diniz, D., Medeiros, M., & Squinca, F. (2007). Reflexões sobre a versão em Português

- da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2507–2510. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000025>
- Dischinger, M., & Ely, V. H. M. B. (2006). *Promovendo acessibilidade nos edifícios públicos: guia de avaliação e implementação de normas técnicas*.
- Domínguez, T., Fraiz, J. A., & Alén, E. (2013). Economic profitability of accessible tourism for the tourism sector in Spain. *Tourism Economics*, 19(6), 1385–1399. <https://doi.org/10.5367/te.2013.0246>
- Dworkin, S. L. (2012). Sample size policy for qualitative studies using in-depth interviews. *Archives of Sexual Behavior*, 41(6), 1319–1320. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0016-6>
- Eichhorn, V., Miller, G., Michopoulou, E., & Buhalis, D. (2008). Enabling access to tourism through information schemes? *Annals of Tourism Research*, 35(1), 189–210. <https://doi.org/10.1016/j.annals.2007.07.005>
- Ely, V. H. M. B., & Silva, C. S. Da. (2009). Unidades habitacionais hoteleiras na Ilha de Santa Catarina: um estudo sobre acessibilidade espacial. *Produção*, 19(3), 489–501. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132009000300007>
- European Commission. (2014). *ECONOMIC IMPACT AND TRAVEL PATTERNS OF ACCESSIBLE TOURISM IN EUROPE – FINAL REPORT*.
- Farias, N., & Buchalla, C. M. (2005). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), 187–193. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
- Figueiredo, E., Eusébio, C., & Kastenholz, E. (2012). How Diverse are Tourists with Disabilities? A Pilot Study on Accessible Leisure Tourism Experiences in Portugal. *International Journal of Tourism Research*, 14, 531–550. <https://doi.org/10.1002/jtr>
- Freeman, I., & Selmi, N. (2010). French versus canadian tourism: Response to the disabled. *Journal of Travel Research*, 49(4), 471–485. <https://doi.org/10.1177/0047287509349268>
- Fundación ONCE. (2008). *Rights of Tourists with Disabilities in the European Union*

*Framework. European Network for Accessible Tourism.*

Gilbert, D., & Abdullah, J. (2004). Holidaytaking and the sense of well-being.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.annals.2003.06.001>

González, A. H., & Alonso, E. O. (2004). Hábitos y actitudes hacia el turismo de las personas con discapacidad física.

Governo Federal. (2013). Estudo do Perfil de Turistas - Pessoas com Deficiência.

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e formas de uso*. Princípia.

INE. (2004a). *Estatísticas do Turismo 2002*.

INE. (2004b). *Estatísticas do Turismo 2003*.

INE. (2005). *Estatísticas do Turismo 2004*.

INE. (2006). *Estatísticas do Turismo 2005*.

INE. (2007). *Estatísticas do Turismo 2006*.

INE. (2008). *Estatísticas do Turismo 2007*.

INE. (2009). *Estatísticas do Turismo 2008*.

INE. (2010). *Estatísticas do Turismo 2009*. Retrieved from  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=277048338&PUBLICACOESStema=55581&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277048338&PUBLICACOESStema=55581&PUBLICACOESmodo=2)

INE. (2011). *Estatísticas do Turismo 2010*. Retrieved from  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=277048338&PUBLICACOESStema=55581&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277048338&PUBLICACOESStema=55581&PUBLICACOESmodo=2)

INE. (2012a). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*.

INE. (2012b). *Estatísticas do Turismo 2011*. Retrieved from  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=277048338&PUBLICACOESStema=55581&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277048338&PUBLICACOESStema=55581&PUBLICACOESmodo=2)

- INE. (2013). *Estatísticas do Turismo 2012*.  
<https://doi.org/10.3109/15563650.2013.863906>
- INE. (2014). *Estatísticas do Turismo 2013*.
- INE. (2015). *Estatísticas do Turismo 2014*. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- INE. (2016). *Estatísticas do Turismo 2015*.
- INE. (2017). *Estatísticas do Turismo 2016*. Retrieved from [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=277048338&PUBLICACOEStema=55581&PUBLICACOESmod=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277048338&PUBLICACOEStema=55581&PUBLICACOESmod=2)
- Israel, G. D. (2013). Determining Sample Size. *The Canadian Entomologist*, 85(03), 108–113. <https://doi.org/10.4039/Ent85108-3>
- Israeli, A. A. (2002). A preliminary investigation of the importance of site accessibility factors for disabled tourists. *Journal of Travel Research*, 41(1), 101–104. <https://doi.org/10.1177/0047287502041001012>
- Jennings, G. (2001). *Tourism Research*. (John Wiley e Sons Australia LTD, Ed.).
- Kastenholz, E., Eusébio, C., Figueiredo, E., & Lima, J. (2012). Accessibility as Competitive Advantage of a Tourism Destination: The Case of Lousã, 369–385. [https://doi.org/10.1108/S1871-3173\(2012\)0000006023](https://doi.org/10.1108/S1871-3173(2012)0000006023)
- Kéroul. (2001). A Growth Market: Behaviours of Tourists with Restricted Physical Abilities in Canada.
- Kim, W. G., Stonesifer, H. W., & Han, J. S. (2012). Accommodating the needs of disabled hotel guests: Implications for guests and management. *International Journal of Hospitality Management*, 31(4), 1311–1317. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2012.03.014>
- Kong, W. H., & Loi, K. I. (2017). The barriers to holiday-taking for visually impaired tourists and their families. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 32, 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.jhtm.2017.06.001>
- Lee, B. K., Agarwal, S., & Kim, H. J. (2012). Influences of travel constraints on the people with disabilities' intention to travel: An application of Seligman's



- helplessness theory. *Tourism Management*, 33(3), 569–579.  
<https://doi.org/10.1016/j.tourman.2011.06.011>
- Loi, K. I., & Kong, W. H. (2017). Tourism for All: Challenges and Issues Faced by People with Vision Impairment. *Tourism Planning and Development*, 14(2), 181–197.  
<https://doi.org/10.1080/21568316.2016.1204357>
- Lopes, S., Figueira, V., & Venâncio, M. (2017). Turismo e Acessibilidade: o município de Lisboa. *Revista Turismo & Desenvolvimento*, 333–347.
- López, Fernando & Quera, M. (2004). El hotel accesible. Guía para su diseño, organización y gestión. *Desarrollo Econ*, 44, 289. <https://doi.org/10.2307/3456039>
- Luiza, S. M. (2010). Accessible Tourism - The Ignored Opportunity, 1154–1157.
- Mângia, E. F., Muramoto, M. T., & Lancman, S. (2008). Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 19(2), 121–130. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i2p121-130>
- McKercher, B., Packer, T., Yau, M. K., & Lam, P. (2003). Travel agents as facilitators or inhibitors of travel: Perceptions of people with disabilities. *Tourism Management*, 24(4), 465–474. [https://doi.org/10.1016/S0261-5177\(02\)00107-3](https://doi.org/10.1016/S0261-5177(02)00107-3)
- Michopoulou, E., Darcy, S., Ambrose, I., Buhalis, D., Michopoulou, E., Darcy, S., ... Buhalis, D. (2015). Accessible tourism futures: the world we dream to live in and the opportunities we hope to have. <https://doi.org/10.1108/JTF-08-2015-0043>
- Ministério da Economia e do Emprego. (2012). Guia de Boas Práticas de Acessibilidade na Hotelaria. *Lisboa, Turismo de Portugal*, 1–52.
- Ministério do Turismo. (2009). *Turismo Acessível - Bem atender no Turismo acessível*.
- Morelli, L., Nocco, M., Petrillo, Al., & Stolfi, S. (2004). Accessible Destination, 1–55.
- Morris, S., & Kazi, S. (2014). Emerging trends regarding accessible accommodation in Dubai luxury hotels. *Worldwide Hospitality and Tourism Themes*, 6(4), 317–327.  
<https://doi.org/10.1108/WHATT-01-2014-0004>
- Moura, A. (2014). *Turismo Acessível: Recurso De Coping Para Gerir O Stress Na Incapacidade*. Retrieved from <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/14223/1/Tese.pdf>

- Neumann, P., & Reuber, P. (2004). Economic Impulses of Accessible Tourism for All. *Study Commissioned by the Federal Ministry of Economics and Labour (BMWA)*, (526).
- Nubila, H. B. V. Di, & Buchalla, C. M. (2008). O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(2), 324–335. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>
- O'Neill, M., & Knight, J. (2000). Disability Tourism Dollars in Western Australia Hotels. *FIU Hospitality Review*, 18(2), 72–88. Retrieved from <http://digitalcommons.fiu.edu/hospitalityreview>
- OMS, O. M. de S. (2004). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saude*, 238. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
- Organização Mundial do Turismo, & Fundación ACS. (2014). *Manual sobre turismo accesible para todos: Principios, herramientas y buenas prácticas - Módulo I: Turismo Accesible - definición y contexto*.
- Ozturk, Y., Yayli, A., & Yesiltas, M. (2008). Is the Turkish tourism industry ready for a disabled customer's market? The views of hotel and travel agency managers. *Tourism Management*, 29(2), 382–389. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2007.03.011>
- Papamichail, K. (2012). Accessible Hotels: Design Essentials. In D. Buhalis, S. Darcy, & I. Ambrose (Eds.), *Best Practice in Accessible Tourism: Inclusion, Disability, Ageing Population and Tourism* (pp. 241–262). Channel View Publications.
- Pérez, D. M., & Velasco, D. J. G. (2003). *Turismo accesible: Hacia un Turismo para Todos*.
- Poria, Y., Reichel, A., & Brandt, Y. (2011). Dimensions of hotel experience of people with disabilities: an exploratory study. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 23(5), 571–591. <https://doi.org/10.1108/MBE-09-2016-0047>
- Prates, J., & Garcia, A. (2009). Turismo Acessível em Portugal - O Caso do Turismo para

- Pessoas com Mobilidade Reduzida. *Revista Turismo & Desenvolvimento*, 2009(11), 171–179.
- Predif. (2000). Cómo hacer hoteles accesibles para personas con movilidad reducida.
- Predif. (2007). Cómo hacer Restaurantes Accesibles para personas con movilidad reducida.
- Richards, V., Pritchard, A., & Morgan, N. (2010). (Re)Envisioning tourism and visual impairment. *Annals of Tourism Research*, 37(4), 1097–1116. <https://doi.org/10.1016/j.annals.2010.04.011>
- Ritchie, J., Lewis, J., & Elam, G. (2003). Designing ad Selectig Sample. *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*, 2–10. <https://doi.org/10.4135/9781452230108>
- Schitko, D., & Simpson, K. (2012). Hospitality Staff Attitudes to Guests with Impaired Mobility: The Potential of Education as an Agent of Attitudinal Change. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 17(3), 326–337. <https://doi.org/10.1080/10941665.2011.628326>
- Shaw, G., & Coles, T. (2004). Disability , holiday making and the tourism industry in the UK: a preliminary survey, 25, 397–403. [https://doi.org/10.1016/S0261-5177\(03\)00139-0](https://doi.org/10.1016/S0261-5177(03)00139-0)
- Song, K. E., & Letho, X. (2012). The voice of tourists with mobility disabilities: insights from online customer complaint websites. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 24(3), 451–476. <https://doi.org/10.1108/MBE-09-2016-0047>
- Turismo de Portugal. (2018). Boas práticas. Retrieved June 28, 2018, from [http://business.turismodeportugal.pt/pt/Gerir/Boas\\_Praticas/Paginas/default.aspx](http://business.turismodeportugal.pt/pt/Gerir/Boas_Praticas/Paginas/default.aspx)
- Tutuncu, O. (2017). Investigating the accessibility factors affecting hotel satisfaction of people with physical disabilities. *International Journal of Hospitality Management*, 65, 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2017.06.002>
- Var, T., Yeşiltaş, M., Yaylı, A., & Öztürk, Y. (2011). A Study on the Travel Patterns of Physically Disabled People. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 16(6), 599–618. <https://doi.org/10.1080/10941665.2011.610143>

- Veal, A. J. (2006). *Research Methods for Leisure and Tourism: A practical guide*. London: FT Prentice Hall. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2012.01.009>
- Veitch, C., & Shaw, G. (2011). Disability Legislation and Empowerment of Tourists with Disability: The UK case. In D. Buhalis & S. Darcy (Eds.), *Accessible Tourism: Concepts and Issues* (pp. 62–72). UK: Channel View Publications.
- Visit England. (2008). Easy does it, (12), 12.
- Visit England. (2015). The Purple Pound Volume and Value of Accessible Tourism in England.
- Wazzan, W. (2015). My Accessible Room is not Accessible, Applying Human Factors: Principals to Enhance the Accessibility of Hotel Rooms. *Procedia Manufacturing*, 3(Ahfe), 5405–5410. <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2015.07.660>
- Word Cloud Generator. (2018). Retrieved November 14, 2018, from <https://www.wordclouds.com/>
- World Health Organization Geneva. (2013). How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *World Health Organization*, (October), 100. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.03.002>
- World Tourism Organization (UNWTO). (2011). World Report On Disability 2011. *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation Association of Academic Physiatrists*, 91, 549. <https://doi.org/10.1136/ip.2007.018143>
- World Tourism Organization (UNWTO). (2013). Recommendations on accessible tourism. *World Tourism Organization*, 1–20. Retrieved from [http://www.accessibletourism.org/resources/accessibilityen\\_2013\\_unwto.pdf](http://www.accessibletourism.org/resources/accessibilityen_2013_unwto.pdf)
- World Tourism Organization (UNWTO). (2016). Accessible Tourism for All: An Opportunity within Our Reach. <https://doi.org/10.18111/9789284417919>
- World Tourism Organization (UNWTO). (2018). Accessible Tourism | Ethics, Culture and Social Responsibility. Retrieved November 9, 2018, from <http://ethics.unwto.org/content/accessible-tourism>
- Yau, M. K. sang, McKercher, B., & Packer, T. L. (2004). Traveling with a disability -

More than an Access Issue. *Annals of Tourism Research*, 31(4), 946–960.  
<https://doi.org/10.1016/j.annals.2004.03.007>

Zajadacz, A. (2015). Evolution of models of disability as a basis for further policy changes in accessible tourism. <https://doi.org/10.1108/JTF-04-2015-0015>

## Apêndices

### Apêndice 1.1 – Relatório de Estágio Curricular no Hotel Vila Galé Porto



# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

---

Mestrado em Gestão e Planeamento em Turismo | Universidade de Aveiro

Jéssica Marli Caires Alves | N° Mec. 83361 | [marlialves@ua.pt](mailto:marlialves@ua.pt)

**Entidade Acolhedora:** Hotel Vila Galé Porto

**Orientadores:** Alexandre Castro (Assistente de Direção do hotel Vila Galé Porto) e Celeste Eusébio (Professora auxiliar do Departamento de Economia, Gestão, Engenharia Industrial e Turismo)

**Abril 2018**

## Índice

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA .....</b>	<b>2</b>
<b>2.1. HOTEL VILA GALÉ PORTO .....</b>	<b>2</b>
<b>2.2. GRUPO VILA GALÉ .....</b>	<b>2</b>
<b>2.2.1. VISÃO, MISSÃO E VALORES .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2.2. POLÍTICA DE SUSTENTABILIDADE .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2.3. RESPONSABILIDADE SOCIAL .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2.4. CERTIFICAÇÕES E GALARDÕES .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2.5. TURISMO ACESSÍVEL .....</b>	<b>7</b>
<b>3. ESTÁGIO NO HOTEL VILA GALÉ PORTO .....</b>	<b>9</b>
<b>3.1. INTEGRAÇÃO NA ENTIDADE ACOLHEDORA .....</b>	<b>9</b>
<b>3.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO .....</b>	<b>9</b>
<b>3.2.1. RECEÇÃO DE SPA .....</b>	<b>10</b>
<b>3.2.2. ECONOMATO .....</b>	<b>10</b>
<b>3.2.3. ANDARES E LAVANDARIA .....</b>	<b>10</b>
<b>3.2.4. RECEÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>3.2.5. RESTAURANTE E BAR .....</b>	<b>11</b>
<b>4. APRECIACÃO CRÍTICA .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1. APRENDIZAGENS E LIMITAÇÕES .....</b>	<b>11</b>
<b>4.2. CONTRIBUTOS PARA A ENTIDADE ACOLHEDORA .....</b>	<b>12</b>
<b>4.3. CONTRIBUTOS PARA A DISSERTAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>4.3.1. FORMAÇÃO “TURISMO ACESSÍVEL E INCLUSIVO” .....</b>	<b>13</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>18</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>19</b>
<b>APÊNDICE 1. QUARTOS ADAPTADOS PARA PESSOAS COM MOBILIDADE REDUZIDA .....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXO 1. RELATÓRIO DE ACESSIBILIDADE DO ESTABELECIMENTO HOTEL VILA GALÉ     PORTO, GERADO PELA PLATAFORMA TUR4ALL (2018) .....</b>	<b>22</b>

## Índice de Figuras

FIGURA 1 - QUARTO COM ENTRADA DE 78 CM DE LARGURA, APROXIMADAMENTE.....	19
FIGURA 2- ESPAÇO PARA CIRCULAÇÃO NO INTERIOR DO QUARTO, COM UMA CAMA DE 45 CM DE ALTURA.....	19
FIGURA 3 – SUPORTE DE CABIDES COM ALTURA AJUSTADA .....	20
FIGURA 4 - PORTA DE CORRER DA CASA DE BANHO .....	20
FIGURA 5 - DUCHE COM ENTRADA MÍNIMA DE 80 CM, BARRA DE APOIO, TORNEIRA MONOCOMANDO, CHUVEIRO REGULÁVEL E CADEIRA DE BANHO MÓVEL .....	20
FIGURA 6 – LAVATÓRIO COM TORNEIRA MONOCOMANDO E SEM COLUNA .....	20
FIGURA 7 - SANITAS COM ASSENTOS ENTRE 40 E 45 CM DE ALTURA, BARRAS DE APOIO REBATÍVEIS E ESPAÇO DISPONÍVEL DE TRANSFERÊNCIA PARA A MESMA .....	21



## **Índice de Tabelas**

TABELA 2.1 - HOTÉIS DO GRUPO VILA GALÉ.....	3
TABELA 2.2 - VALORES DO GRUPO VILA GALÉ.....	5
TABELA 2.3 - FASES DO PROJETO VILA GALÉ FOR ALL.....	8
TABELA 3.1 - CRONOGRAMA DO PLANO DE ESTÁGIO .....	9

## **1. Introdução**

O presente relatório tem como finalidade descrever todo o processo do estágio curricular realizado no âmbito da unidade curricular “Dissertação/Projeto/Estágio”, durante quatro meses, no hotel Vila Galé Porto, pertencente ao grupo hoteleiro Vila Galé.

A escolha desta unidade hoteleira como local de estágio deveu-se ao conhecimento pessoal prévio do grupo Vila Galé e à decisão deste em tornar-se líder nas práticas de acessibilidade na hotelaria.

Este estágio, iniciado a 7 de novembro de 2017 e com término a 11 de março de 2018, teve como principal objetivo compreender o funcionamento de um hotel e a interação entre as respetivas secções, e, se possível, analisar situações que pudessem eventualmente ocorrer com hóspedes com incapacidade.

Os objetivos específicos deste estágio prenderam-se por:

- desenvolver hábitos saudáveis no domínio da sociabilização, solidariedade, respeito pelos outros e por si próprio;
- dominar técnicas de organização, de limpeza de alojamento e áreas e de atendimento ao cliente, interagindo com outras nacionalidades;
- resolver problemas reais do mundo de trabalho, desenvolvendo aptidões de autonomia, responsabilidade e gestão de reclamações/conflitos;
- rececionar e aprovisionar mercadorias, bem como acompanhar a realização de encomendas;
- observar, reconhecer e executar as regras de higiene e segurança no trabalho.

O estágio foi orientado, na empresa, pelo Dr. Alexandre Castro (Assistente de Direção do hotel Vila Galé Porto) e na universidade, pela Doutora Celeste Eusébio (Professora auxiliar no departamento de economia, gestão, engenharia industrial e turismo da Universidade de Aveiro), igualmente, orientadora da dissertação.

Este relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos, sendo que este primeiro é de carácter introdutório, descrevendo os aspetos gerais do estágio. O capítulo seguinte apresenta a caracterização da entidade acolhedora e do grupo a que esta pertence e o terceiro, a descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio. Seguidamente, encontra-se a apreciação crítica ao estágio desenvolvido, com foco nas aprendizagens,

nas dificuldades e nos contributos para a empresa e para a dissertação. Por fim, são apresentadas as conclusões.

## **2. Caracterização da Empresa**

### **2.1. Hotel Vila Galé Porto**

O hotel Vila Galé Porto, entidade acolhedora deste estágio, localiza-se no concelho do Porto e pertence ao grupo hoteleiro Vila Galé. Com 21 andares, é considerado dos edifícios mais altos da cidade do Porto.

Esta unidade hoteleira possui 233 quartos *standard*, 40 quartos superiores, onze suítes júnior e oito suítes superior, dando um total de 292 quartos. Denote-se que, cinco quartos encontram-se adaptados para hóspedes com mobilidade reduzida, desde fevereiro de 2018 (apêndice 1). O hotel conta ainda com várias áreas comuns - um restaurante, dois bares, salas polivalentes para eventos e reuniões, SPA (piscina interior, jacuzzi, sauna, banho turco) e ginásio - decoradas consoante a temática do mesmo, o cinema.

Como serviços para os seus clientes, o hotel disponibiliza uma garagem, wi-fi gratuito, um parque de estacionamento exterior, serviço de lavandaria e acessos para pessoas com mobilidade reduzida – elevadores.

Na atualidade, a direção do hotel é constituída pelo diretor geral, Dr. José Oliveira Martins; pelos assistentes, Alexandre Castro e Inês Barroso; e pela secretária, Ana Cardoso. Esta unidade hoteleira contém ainda as secções: andares e lavandaria, economato, cozinha, manutenção, receção, restaurante/bar e SPA.

### **2.2. Grupo Vila Galé**

O grupo Vila Galé, considerado o segundo maior grupo hoteleiro português e o detentor da maior rede de resorts no Brasil<sup>4</sup>, é composto por várias sociedades, sendo a Vila Galé – Sociedade de Empreendimentos Turísticos, S.A. a maior e a mais importante. Esta sociedade, formada em 1986, por Jorge Rebelo de Almeida, José Silvestre Lavrador e José Ruivo, é responsável tanto pela exploração e pela gestão de todos os hotéis

---

<sup>4</sup> <https://vilagale.com/pt/grupo/noticias/premio-da-revista-exame>

pertencentes ao grupo como pela realização de projetos e pela construção de novos empreendimentos deste sector<sup>5</sup>.

O capital da Vila Galé, S.A. encontra-se repartido por Jorge Rebelo de Almeida, José Silvestre Lavrador e Maria Helena Jorge, sendo que o primeiro é o atual presidente do Conselho de Administração e o seu filho, Gonçalo Rebelo de Almeida, o vogal do mesmo<sup>5</sup> acima. Atualmente, o grupo possui um total de 28 hotéis – 21 em Portugal e sete no Brasil, todos com uma localização estratégica e privilegiada<sup>5</sup>, estando prevista a abertura de mais três unidades hoteleiras, ao longo de 2018 e duas, em 2019<sup>6</sup> - tabela 2.1.

Tabela 2.1 - Hotéis do grupo Vila Galé

<b>Ano de abertura</b>	<b>Hotel</b>	<b>Localização</b>
1988	Vila Galé Atlântico	Albufeira, Portugal
1990	Vila Galé Collection Praia	Albufeira, Portugal
1993	Vila Galé Cerro Alagoa	Albufeira, Portugal
1995	Vila Galé Náutico	Armação de Pera, Portugal
1995	Vila Galé Marina	Vilamoura, Portugal
1996	Vila Galé Cascais	Cascais, Portugal
1997	Vila Galé Estoril	Estoril, Portugal
1998	Vila Galé Ampalius	Vilamoura, Portugal
1999	Vila Galé Porto	Porto, Portugal
2000	Vila Galé Albacora	Tavira, Portugal
2001	Vila Galé Clube de Campo	Beja, Portugal
2001	Vila Galé Fortaleza	Fortaleza, Brasil
2002	Vila Galé Tavira	Tavira, Portugal
2002	Vila Galé Ericeira	Ericeira, Portugal
2002	Vila Galé Ópera	Lisboa, Portugal

<sup>5</sup> <https://www.vilagale.com/pt/grupo/sobre-a-vila-gale>

<sup>6</sup> <https://www.vilagale.com/pt/grupo/novos-projetos>

Tabela 2.1 - Hotéis do grupo Vila Galé (continuação)

<b>Ano de abertura</b>	<b>Hotel</b>	<b>Localização</b>
2004	Vila Galé Salvador	Salvador da Bahia, Brasil
2006	Vila Galé Santa Cruz	Madeira, Portugal
2006	Vila Galé Marés	Guarajuba, Brasil
2009	Vila Galé Lagos	Lagos, Portugal
2009	Vila Galé Eco Resort do Cabo	Cabo de Santo Agostinho, Brasil
2009	Vila Galé Eco Resort de Angra	Angra dos Reis, Brasil
2010	Vila Galé Coimbra	Coimbra, Portugal
2010	Vila Galé Cumbuco	Cumbuco, Brasil
2013	Vila Galé Collection Palácio dos Arcos	Paço de Arcos, Oeiras, Portugal
2014	Vila Galé Rio de Janeiro	Rio de Janeiro, Brasil
2015	Vila Galé Évora	Évora, Portugal
2015	Vila Galé Collection Douro	Douro, Portugal
2017	Vila Galé Porto Ribeira	Porto, Portugal
Abril 2018	Vila Galé Sintra	Sintra, Portugal
Maio 2018	Vila Galé Collection Braga	Braga, Portugal
Setembro 2018	Vila Galé Touros	Touros, Brasil
1º Trimestre 2019	Vila Galé Elvas	Elvas, Portugal
Abril 2019	Vila Galé Serra da Estrela	Serra da Estrela, Portugal

Fonte: Elaboração própria com base em Vila Galé (2018)

### 2.2.1. Visão, Missão e Valores

A respeito da sua visão empresarial, o grupo Vila Galé ambiciona ser uma referência na indústria hoteleira, através do reconhecimento entre os seus *stakeholders* pela qualidade do seu produto e pelo profissionalismo dos seus colaboradores. Esta baseia-se, igualmente, num crescimento económico sustentável, social e ambientalmente responsável, procurando estar “sempre perto de si”, slogan pertencente à empresa. Como missão, prioriza a localização, o conforto e a decoração dos seus hotéis, assim como, a disponibilidade e a simpatia das suas equipas, o respeito pelo meio social e pelo meio ambiente, garantindo uma vez mais, estar "sempre perto de si"<sup>5</sup>. Os valores pelos quais a empresa se rege encontram-se descritos na tabela 2.2.

Tabela 2.2 - Valores do grupo Vila Galé

Valorização	Formar e motivar os colaboradores, dignificando o seu trabalho e dando-lhes oportunidades de progressão
Inovação	Procurar produtos e serviços diferenciados
Lealdade	Honrar sempre os compromissos assumidos
Ambição	Crescer continuamente de forma sustentável
Garantia	Respeitar os padrões de qualidade de produto e serviço da marca
Acessibilidade	Estar sempre disponível para receber e ouvir
Liberdade	Apresentar novas ideias e sugestões
Eficácia	Responder com prontidão e exatidão a todas as solicitações

Fonte: Elaboração própria com base em Vila Galé (2018)

### 2.2.2. Política de Sustentabilidade

A gestão do grupo hoteleiro apoia-se em princípios de sustentabilidade em prol da sociedade, tendo em consideração não só as gerações atuais como as gerações futuras. Isto é, tem em conta fatores como: o cuidado com a natureza e a eficiência energética, a qualidade, a segurança, a saúde, a segurança alimentar, a responsabilidade social e a viabilidade económica, visando os valores e princípios éticos e o respeito pelas pessoas e pelo meio ambiente<sup>5</sup>.

Alguns exemplos dos compromissos assumidos pela empresa consistem em<sup>5</sup>:

- Aplicar os conceitos de sustentabilidade, proteção e conservação do ambiente em todas as suas atividades;

- Reduzir o consumo de água e de energia e encaminhar adequadamente os resíduos produzidos;
- Aperfeiçoar continuamente processos, produtos e serviços face às necessidades e às expectativas dos *stakeholders*;
- Promover e estimular a segurança e a saúde no trabalho;
- Incentivar às boas práticas de segurança alimentar;
- Estimular o desenvolvimento profissional e a realização pessoal de todos os colaboradores da empresa;
- Apoiar iniciativas que contribuam para incrementar o bem-estar social e a conservação da natureza;
- Aplicar processos economicamente viáveis e socialmente justos.

### **2.2.3. Responsabilidade Social**

A Vila Galé assume ainda um caráter solidário perante a sociedade, com o desenvolvimento de várias iniciativas, como por exemplo<sup>5</sup>:

- Doação de 0,50 €, a instituições de solidariedade, por cada questionário de satisfação preenchido pelos clientes;
- Doação de bens - mobiliário, material eletrónico, fardas, têxteis, loiça - a instituições, em ocasiões de remodelação ou reequipamento dos hotéis;
- Doação de 60 refeições diárias à Associação SOL e 50 refeições diárias à CASA (Centro de Apoio ao Sem Abrigo);
- Organização de ações solidárias envolvendo colaboradores;
- Cedência das instalações dos hotéis para ações de colheita de sangue;
- Contratação de empresas de economia social para alguns serviços;
- Cooperação institucional para inserção socioprofissional de pessoas potencialmente excluídas;
- Prestação de serviços a entidades/projetos com fins sociais, em condições graciosas ou simbólicas para realização de tarefas de suporte à sua atividade;
- Atribuição de ofertas por ocasião da realização de jantares de beneficência, promovidos por entidades de natureza social;

- Extensão das condições do clube Vila Galé a parceiros ou a beneméritos de entidades de natureza social.

#### **2.2.4. Certificações e Galardões**

Ao longo dos anos, o grupo Vila Galé conquistou vários prémios e certificações pelo seu desempenho profissional e pela sua consciência ambiental e sustentável, destacando-se os seguintes<sup>5</sup>:

- ECO-HOTEL (Certificação assente na identificação e gestão de processos que provocam impactos ambientais e socioeconómicos);
- LIDERA (Certificação de empreendimentos com melhor desempenho ambiental e sustentabilidade);
- GREEN KEY (Galardão internacional para empreendimentos conscientes da necessidade de desenvolver boas práticas ambientais);
- TRAVELIFE (Certificação internacional de sustentabilidade ambiental e socioeconómica);
- TUI UMWELT CHAMPION (Galardão internacional para hotéis com bom desempenho na aplicação de boas práticas de sustentabilidade).

Em 2017, o prémio de Melhor Cadeia Hoteleira dos *Publituris Portugal Travel Awards 2017* foi atribuído ao grupo, que o venceu também em 2006, 2012, 2013, 2015 e 2016<sup>7</sup>.

No que se refere ao Vila Galé Porto, entidade acolhedora do referente estágio, o hotel conquistou prémios como o Certificado de Excelência 2014, pelo *TripAdvisor* e o selo de Sustentabilidade Ambiental 2015, pela Associação da Hotelaria de Portugal (AHP).

#### **2.2.5. Turismo Acessível**

Seguindo a sua política de qualidade e com base na sua visão, na sua missão e nos seus valores, o grupo Vila Galé assumiu, há pouco tempo, a liderança no desenvolvimento de soluções acessíveis, com o projeto *Vila Galé For All*, de modo a proporcionar estadias de maior qualidade aos seus hóspedes com necessidades especiais<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> <https://www.vilagale.com/pt/grupo/noticias/>

<sup>8</sup> <https://www.vilagale.com/pt/destaques/turismo-acessivel>



A fonte motivacional deste projeto baseia-se na responsabilidade social que a Vila Galé arroga perante os seus clientes e os seus colaboradores, e ainda na consciência empresarial em antecipar e satisfazer as necessidades da procura turística que está em permanente alteração. A *Vila Galé For All* terá uma implementação gradual dividida em várias fases<sup>8</sup>, descritas na tabela 2.3.

Tabela 2.3 - Fases do Projeto *Vila Galé For All*

<b>1ª FASE:</b> Identificação e implementação de um conjunto de intervenções prioritárias a realizar em 3 hotéis (VG Ópera, VG Porto, VG Ampalius).		
Vila Galé Ópera (Lisboa)	Vila Galé Porto (Porto)	Vila Galé Ampalius (Algarve)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 7 quartos adaptados para a mobilidade reduzida;</li> <li>○ 3 quartos para o cliente com limitação auditiva;</li> <li>○ 1 quarto antialérgico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 5 quartos adaptados para a mobilidade reduzida;</li> <li>○ 3 quartos para o cliente com limitação auditiva;</li> <li>○ 1 quarto antialérgico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 5 quartos adaptados para a mobilidade reduzida;</li> <li>○ 3 quartos para o cliente com limitação auditiva;</li> <li>○ 1 quarto antialérgico.</li> </ul>
<b>2ª FASE:</b> Implementação gradual de intervenções para melhorar as condições de acessibilidade e de serviço inclusivo nos restantes 17 hotéis, em Portugal. Estas compreendem alterações estruturais físicas (com apoio a equipamentos de acessibilidade) e formações de sensibilização aos colaboradores.		

Fonte: Elaboração própria com base em Vila Galé (2018)

Até à presente data, os hotéis Vila Galé Ópera, Vila Galé Porto e Vila Galé Ampalius já têm disponíveis para os seus clientes os quartos adaptados para a mobilidade reduzida. Prevê-se que até o final do mês de maio de 2018 seja concluído o projeto, restando apenas as adaptações dos quartos para os clientes com limitação auditiva e dos quartos antialérgicos, por motivos de espera de equipamentos providos do estrangeiro.

É de realçar que, este projeto conta com a parceria da *Accessible Portugal*, associação promotora do turismo acessível e inclusivo, em Portugal. Através dos seus serviços de consultoria em acessibilidade e de formação e sensibilização, foram recolhidas informações sobre as condições de acessibilidade e atendimento inclusivo, existentes em 12 hotéis Vila Galé, que geraram o desenvolvimento do projeto *Vila Galé For All*.

### 3. Estágio no hotel Vila Galé Porto

#### 3.1. Integração na Entidade Acolhedora

O primeiro dia de estágio, ocorrido a 7 de novembro de 2017, iniciou-se com a apresentação de alguns colaboradores presentes ao serviço, pelo diretor geral na data, Dr. Joaquim Fernandes. Realizou-se, de seguida, uma breve visita aos espaços destinados ao *staff* e foram-me fornecidas informações sobre a localização das secções no hotel e regras gerais do funcionamento do hotel. Note-se que, por se tratar de um edifício com 21 pisos, no primeiro dia, não foi possível efetuar uma visita minuciosa e extensiva a todos os andares do mesmo, tratou-se, portanto, de um processo gradual, realizado ao longo dessa primeira semana de estágio.

#### 3.2. Atividades desenvolvidas no estágio

O plano de estágio, apresentado em cronograma na tabela 3.1, foi definido pelo Dr. Alexandre Castro, orientador deste estágio.

Tabela 3.1 - Cronograma do plano de estágio

Atividade	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Receção de SPA	7 NOV → 12 DEZ				
Economato		13 DEZ → 24 JAN			
Andares e Lavandaria			25 JAN → 12 FEV		
Receção				13 FEV → 25 FEV	
Restaurante e Bar				26 FEV → 11 MAR	

Fonte: Elaboração própria

É de salientar que, a distribuição do tempo de estágio pelas secções não foi igualitária, sendo atribuído uma maior percentagem à receção de SPA e ao economato. Isto deveu-se à necessidade de haver dispensa de funções laborais às segundas-feiras, dias destinados a frequentar as aulas da unidade curricular “Seminário”, na Universidade de Aveiro, durante o mês de novembro, de dezembro e parcialmente de janeiro. É importante também

ter em conta que o economato é uma secção cujo funcionamento é de segunda a sexta-feira, exceto feriados.

### **3.2.1. Recepção de SPA**

O estágio teve início pela recepção de SPA, localizada no 19º piso, onde tive a oportunidade de colaborar com as terapeutas, que me transmitiram as informações essenciais sobre o funcionamento das instalações e dos serviços de SPA, ginásio e massagens/tratamentos, tal como os respetivos horários. Esta atividade representou 28,8% do tempo total de estágio. As minhas funções, enquanto estagiária, compreenderam:

- o acolhimento a clientes de diversas nacionalidades, apresentando as instalações e os serviços disponíveis;
- a facilitação de esclarecimentos de horários e informações de acesso;
- o atendimento telefónico;
- a gestão de reservas de massagens e tratamentos;
- a contabilização de stock.

### **3.2.2. Economato**

O economato tratou-se da atividade mais duradoura deste estágio, ocupando 34,4% do tempo de estágio. Nesta secção, desenvolvi funções relativas ao processo de compra e gestão de mercadorias, tais como:

- acompanhar a elaboração de encomendas e seleccionar os fornecedores adequados;
- rececionar mercadoria;
- acondicionar os produtos;
- verificar o stock e fazer requisições;
- lançar faturas;
- arquivo;
- limpeza dos economatos.

### **3.2.3. Andares e Lavandaria**

No que concerne à secção de andares e lavandaria, esta correspondeu a 15,2% do tempo de estágio. Com a colaboração das governantas geral e de andares, procedi ao

acompanhamento da distribuição de tarefas diárias das colaboradoras, participando, igualmente, no controlo (*check-lists* de quartos), na organização (registo de limpezas e avarias/anomalias em sistema), e na manutenção de alojamento e áreas (limpeza/arrumação de quartos e lavagem/dobragem de roupa), visando sempre os standards da Vila Galé.

#### **3.2.4. Recepção**

Relativamente à recepção, as atividades executadas, mediante os standards estabelecidos e informados pela Vila Galé, abrangeram tarefas como: atendimento telefónico; recepção de clientes; realização de check-in/check-out; fecho de turnos; tiragem de listagens; fornecimento de informações turísticas e gerais ao cliente; atribuição de quartos; pagamentos e respetiva faturação, e ainda arquivo e organização da secção. Esta foi a secção com menor atribuição de tempo de estágio (10,4%).

#### **3.2.5. Restaurante e Bar**

A última secção experienciada - restaurante e bar - espelhou 11,2% do tempo em estágio. As funções desempenhadas na restauração focalizaram-se:

- no acolhimento de clientes ao pequeno-almoço, com controlo e anotação de quartos com este mesmo regime;
- no acompanhamento e no serviço à mesa;
- na limpeza e respetiva *mise-en-place*<sup>9</sup> das mesas;
- no *room service*;
- na reposição de *buffet*;
- no conhecimento dos produtos da Casa Santa Vitória;
- na organização e arrumação dos espaços destinados às refeições.

### **4. Apreciação Crítica**

#### **4.1. Aprendizagens e limitações**

Esta experiência de quatro meses no mercado de trabalho, apesar de curta e de algumas dificuldades, proporcionou uma série de aprendizagens, tanto a nível profissional como

---

<sup>9</sup> Termo francês que significa “pôr em ordem/ fazer a disposição”, referindo-se à forma de colocar os talheres, copos e pratos, assim como outros utensílios, utilizados para degustar e saborear os alimentos.

peçoal. Graças a esta, foi-me possível atingir os objetivos principais, ou seja, compreender o funcionamento de um hotel na sua realidade e as interações existentes entre as várias secções. Além disso, permitiu-me:

- Analisar as condições e os recursos que são necessários para fornecer uma estadia adequada aos hóspedes com incapacidade;
- Conhecer os procedimentos de funcionamento e as exigências laborais de cada secção hoteleira – receção de SPA, economato, andares e lavandaria, receção e restaurante/bar;
- Desenvolver aptidões profissionais para exercer as funções e as responsabilidades nas diferentes secções;
- Aperfeiçoar técnicas de atendimento ao cliente, ao lidar com várias faixas etárias e nacionalidades;
- Adquirir capacidades de improviso e superação de adversidades e de resolução de problemas - gestão de reclamações/conflitos;
- Dominar técnicas de organização e de limpeza de alojamento e áreas;
- Identificar e respeitar as regras de higienização e segurança no local de trabalho;
- Reconhecer e distinguir produtos da Casa Santa Vitória, através da formação “Vinhos e Azeites Casa Santa Vitória”;
- Interagir e lidar com as diferenças pessoais e profissionais dos vários colaboradores;
- Lidar com as exigências e necessidades de cada cliente, visando os standards da Vila Galé.

Quanto às limitações percecionadas, estas incidiram-se, primeiramente, na deslocação diária entre os distritos Aveiro e Porto, que para além de exaustiva, impossibilitou abranger todos os tipos de turnos existentes, por motivos de transporte. Para além disso, o pouco tempo dedicado a cada secção, por ser repartido por várias, não permitiu experienciar todas as situações e adquirir todos os conhecimentos pormenorizados que algumas secções assim o exigem.

#### **4.2. Contributos para a entidade acolhedora**

Na minha perspetiva, através deste estágio curricular, a entidade acolhedora pôde usufruir da existência de um recurso humano extra para apoio no desenvolvimento de atividades laborais, valorizado em alturas de maior taxa de ocupação. É de referir também que, em

situações de menor carga laboral na secção a que estava destinada, disponibilizei-me, regularmente, para prestar apoio aos colegas e colaboradores de outras secções e contribuir, igualmente, na sua organização.

A dissertação por mim elaborada contribuirá para um conhecimento mais concreto relativamente às necessidades e aos constrangimentos sentidos pelos hóspedes com incapacidade durante uma estadia hoteleira. Na minha opinião, este será um contributo muito valioso para a entidade acolhedora.

### **4.3. Contributos para a dissertação**

A realização deste estágio possibilitou que, no dia-a-dia de uma unidade hoteleira, analisasse realmente que condições e recursos eram necessários existir para dar uma resposta adequada às necessidades dos hóspedes com incapacidade. Tal confirmou-se e descreveu-se durante a formação a seguir descrita.

#### **4.3.1. Formação “Turismo Acessível e Inclusivo”**

Durante o estágio, surgiu a oportunidade de participar numa formação de turismo acessível e inclusivo, com os formadores Dinis Duarte, da empresa PERFIL e Sara Duarte da associação *Accessible Portugal*, no hotel Vila Galé Porto.

A formação contou com a presença dos chefes de cada secção e dos elementos da direcção do hotel Vila Galé Porto e ainda com os diretores dos hotéis Vila Galé Porto Ribeira e Vila Galé Coimbra. Esta teve uma duração de 8h, com a seguinte ordem de **atividades**:

- **Introdução ao tema**

Os formadores procederam a uma apresentação sobre a temática alusiva à acessibilidade geral e em específico no sector turístico e ainda as vantagens para a hotelaria ao investir neste segmento, tópicos abordados na investigação da dissertação.

- **Conversa com os convidados**

Para além da diretora e formadora Sara Duarte, da consultora Olívia Nogueira também em representação da *Accessible Portugal*, do consultor e formador da PERFIL, Dinis Duarte, foram convidados: Ana Bela Baltazar, autora do Dicionário de Língua Gestual Portuguesa; Manuel Carvalho, técnico do Centro de Educação e Formação Profissional

Integrada (CEFPI); Luís Vaz; João do CEFPI; Armando Baltazar; e, por fim, mas não menos importante, Augusto Dionísio.

Os últimos quatro convidados tratam-se de clientes regulares do sector hoteleiro, com diferentes tipos de incapacidade – motora, cognitiva, auditiva e visual, respetivamente, que contribuíram com o testemunho das suas experiências turísticas e hoteleiras vivenciadas até à data, apresentando, simultaneamente, algumas necessidades e dificuldades sentidas aquando das mesmas.

Segundo Luís Vaz, os maiores constrangimentos sentidos pelas pessoas com incapacidade motora são os físicos e os arquitetónicos, pois a maioria desloca-se através de uma cadeira de rodas. Este lamenta que alguns hotéis se apresentem com disponibilidade de quartos para hóspedes com mobilidade reduzida, quando as casas-de-banho, por exemplo, encontram-se sem qualquer adaptação, dificultando a estadia.

Orientado pelo técnico Manuel Carvalho, João afirma que, apesar da limitação intelectual, é possível existir uma boa interação com os colaboradores hoteleiros, desde que estes se demonstrem disponíveis a ajudar sem uma superproteção ou um contacto infantilizado. Contudo, a seu ver, alguns colaboradores ainda mostram pouco à vontade para atender clientes com estas necessidades especiais.

Armando Baltazar referiu que o maior constrangimento sentido, durante a estadia num hotel, enquanto pessoa incapaz de ouvir, é a falta de sensibilidade por parte dos colaboradores que, por sua vez, são sempre informados logo de início desta limitação. Como resposta a isso, espera que os funcionários não entrem em pânico e que tentem comunicar por outras vias, em situações de falta de profissional em língua gestual portuguesa. Em vez disso, ocorrem falhas na comunicação, pois estes falam num tom mais elevado, e dado que o cliente continua sem os conseguir ouvir, expressões de frustração acabam por ser enfatizadas. Além disto, Armando teme um pouco por situações de evacuação de emergência, visto que em muitos hotéis os alarmes não são luminosos, mas sim apenas sonoros.

De acordo com Augusto Dionísio, hóspede invisual, as necessidades principais destes hóspedes focam-se na prestação do serviço e não tanto nas adaptações físicas e arquitetónicas. É importante que os colaboradores, no início da estadia, tenham a sensibilidade de fazer o reconhecimento inicial dos quartos e das áreas comuns, dando

pontos de referência, para que a pessoa invisual possa se orientar de forma independente a partir daí.

▪ **Exercício de visita ao Hotel com os formandos e com alguns dos convidados**

Em grupos, realizou-se uma visita pelo hotel com dois dos convidados, Luís Vaz (hóspede com incapacidade motora) e Augusto Dionísio (hóspede com incapacidade visual). Este exercício teve como principal objetivo compreender o procedimento da estadia de hóspedes em semelhantes condições, assim como as dificuldades sentidas e as resoluções para as ultrapassar. Em simultâneo, analisou-se que aspetos precisariam de ser modificados neste hotel, de maneira a dar uma resposta perfeitamente adequada a estes clientes, com base nos critérios descritos e avaliados no relatório de acessibilidade da TUR4all – plataforma pertencente à *Accessible Portugal*, presente no anexo 1.

▪ **Exercícios práticos “coloca-te no meu lugar”**

Nesta atividade, com o auxílio de uma cadeira de rodas e de uma venda, os grupos anteriormente definidos tiveram a oportunidade de colocar-se no lugar dos convidados Luís e Augusto. Através desta, aprendeu-se a dominar uma cadeira de rodas, de modo a ultrapassar alguns constrangimentos e obter a mobilidade pretendida; a guiar uma pessoa invisual e a ser guiado como invisual.

▪ **Realização de trabalhos de grupo sobre os requisitos da oferta - acessibilidade e serviço, com posterior apresentação e discussão**

Em grupo, refletiu-se sobre o estado atual da oferta hoteleira e sugeriu-se alguns exemplos de melhoria nos requisitos da mesma, tais como:

- ✓ Procurar conhecer que serviços complementares acessíveis possam existir na zona do hotel, para sugerir ao cliente;
- ✓ Criar um serviço de pequeno-almoço adequado, com apoio ao buffet e especial atenção à disposição da mesa e cadeiras;
- ✓ Eliminar as portas com molas, por serem pesadas e inadequadas;
- ✓ Colocar puxadores de roupeiros salientes, dado que os atuais são inadequados;
- ✓ Criar um balcão com altura apropriada para atendimento, na receção;
- ✓ Dispor de camas com a altura de uma cadeira de rodas, nos quartos adaptados;



- ✓ Criar mais lugares de estacionamento acessíveis, adequados e sinalizados;
- ✓ Fornecer chaves de quarto (cartões eletrónicos) com escrita braille;
- ✓ Integrar intérpretes de língua gestual nos quadros dos hotéis;
- ✓ Equipar os elevadores com escrita braille e sinal sonoro para indicação do piso;
- ✓ Como colaborador hoteleiro, mostrar-se disponível a ajudar, em caso de ser necessário e/ou solicitado;
- ✓ Criar um serviço especializado para receber hóspedes invisuais acompanhados de cão-guia.

#### ▪ **Conclusões e encerramento**

Ao longo desta formação, pode-se concluir que a unidade hoteleira onde desenvolvi o meu estágio ainda não está totalmente preparada para o segmento do turismo acessível, sendo necessário modificar não só algumas estruturas físicas, como também alguns comportamentos e atitudes por parte dos colaboradores do sector hoteleiro. A título de exemplo, verificou-se que apesar dos elevadores facilitarem a deslocação entre os andares do hotel, os clientes com mobilidade reduzida temporária ou permanente podem ainda sentir algumas dificuldades em aceder ao SPA de um hotel – piscina interior, jacuzzi, sauna e banho turco. Isto porque, são necessários espaços amplos, livres de obstáculos e, preferencialmente, com presença de rampa acompanhada de corrimão na piscina ou elevador de piscina que proporcione a entrada e saída da água, em segurança. No que se refere à presença de hóspedes com incapacidade auditiva, por exemplo, em caso de evacuação, a falta de alarmes luminosos numa unidade hoteleira é ainda uma problemática, tal como as dificuldades de comunicação entre o cliente e o colaborador, por falta de sensibilidade e de formação. Tratou-se, portanto, de uma formação produtiva, dado que consciencializou os formandos da temática abordada e sensibilizou-os para a sua importância.

## **5. Conclusão**

Em suma, apesar das dificuldades percecionadas, este estágio curricular tratou-se de uma experiência bem-sucedida e extremamente gratificante quer em termos profissionais, quer em termos pessoais.

Profissionalmente, permitiu-me cumprir os objetivos principais propostos, experienciar o mercado de trabalho na sua realidade e ainda desenvolver aptidões nas diversas secções da minha área de interesse, a hotelaria. Além disso, possibilitou-me obter uma formação no âmbito da minha dissertação - turismo acessível e inclusivo, pela entidade PERFIL – Psicologia e Trabalho, Lda. A partir desta, criei uma relação com alguns profissionais e alguns elementos interligados ao turismo acessível, que desde início ofereceram inteira disponibilidade para colaborar com a dissertação.

A nível pessoal, proporcionou sair da minha zona de conforto e abraçar um desafio numa área profissional que me era pouco familiar, até à altura. Fortaleci ainda as minhas aptidões de organização e sociabilização; aprendi a depositar maior confiança nas minhas capacidades e a desenvolver as tarefas propostas com autonomia e responsabilidade, gerindo sempre da melhor forma possível os imprevistos surgidos.

É de realçar ainda que, todo este percurso de quatro meses não seria tão bem-sucedido se não fosse pela disponibilidade, pelo carinho, pela paciência, pelo espírito de interajuda e pelo apoio incansável por parte dos colaboradores da entidade acolhedora, que me receberam desde o primeiro dia como uma verdadeira colaboradora Vila Galé.

## **Referências Bibliográficas**

TUR4all. (2018). Hotel Vila Galé Porto. Retrieved March 28, 2018, from <https://www.tur4all.pt/resources/hotel-vila-gale>

Vila Galé. (2018). Vila Galé. Retrieved March 12, 2018, from <https://www.vilagale.com/pt>

## Apêndices

### Apêndice 1. Quartos adaptados para pessoas com mobilidade reduzida

O hotel Vila Galé Porto disponibiliza cinco quartos adaptados para pessoas com mobilidade reduzida - 505, 511, 516, 605 e 611, sendo possível visualizar as adaptações realizadas, nas seguintes figuras.



Figura 7 - Quarto com entrada de 78 cm de largura, aproximadamente



Figura 8- Espaço para circulação no interior do quarto, com uma cama de 45 cm de altura



Figura 9 – Suporte de cabides com altura ajustada



Figura 10 - Porta de correr da casa de banho



Figura 11 - Duche com entrada mínima de 80 cm, barra de apoio, torneira monocomando, chuveiro regulável e cadeira de banho móvel



Figura 12 – Lavatório com torneira monocomando e sem coluna



Figura 13 - Sanitas com assentos entre 40 e 45 cm de altura, barras de apoio rebatíveis e espaço disponível de transferência para a mesma

## **Anexos**

**Anexo 1. Relatório de acessibilidade do estabelecimento Hotel Vila Galé Porto,  
gerado pela plataforma TUR4all (2018)**





## Hotel Vila Galé Porto

Alojamentos — Hotéis / Aparthotéis / Resorts



### Endereço

Avenida Fernão Magalhães, 7 4  
300-190  
Bonfim, Porto (Porto)  
Portugal

### Contacto

Tlfno +351 225 191 800  
porto@vilagale.com  
<http://www.vilagale.com>

### Criado por

Técnico AP - base 15/01/2018

### Última alteração por

Técnico AP - SD  
25/02/2018



As condições de acessibilidade deste recurso turístico foram analisadas por técnicos TUR4all

## Informações gerais

Este hotel de 4 estrelas está situado no centro do Porto, a 300 metros da Estação de Metro de Campo 24 de Agosto. O Vila Galé Porto tem um centro de bem-estar com piscina interior. A zona comercial da Rua de Santa Catarina está a 10 minutos a pé. Os espaçosos quartos e suites do Vila Galé Porto têm ar condicionado e uma decoração luminosa. Todos incluem uma televisão de ecrã plano por cabo, um mini-bar e uma casa de banho privativa com secador de cabelo e produtos de higiene pessoal gratuitos. Este hotel está a 1,4 km da Avenida dos Aliados e a 1,6 km da Torre dos Clérigos. A Ponte Dom Luís I, ao lado da Ribeira e das Caves do Vinho do Porto, fica igualmente a 1,6 km. A zona das Galerias de Paris, a principal área de bares do Porto, pode ser alcançada em 10 minutos de carro.

## Entrada





Acesso: Sem desnível

✓ Identificação do recurso turístico visível e legível

A entrada analisada é: A principal

Largura da porta de entrada: Maior ou igual a 78 cm

## Zona de Atendimento ao Público

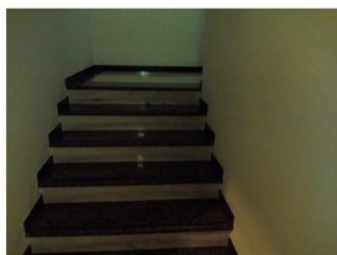
✓ Balcão de atendimento ao público



✓ Perto da entrada

✓ Com altura adaptada para utilizadores de cadeira de rodas

## Circulação interior



Circulação com cadeira de rodas: Total

Iluminação adequada: Não

Existe sinalética: Sim

Sinalética: Com textos de cor contrastante

✓ Estabelecimento com vários pisos

### Itinerário vertical

A deslocação entre pisos faz-se mediante: Elevador / elevadores, degraus / escadas

#### Dados do elevador

Dimensão da cabina: Grande

✓ Com informação sonora

✓ Botões com altura adequada para utilizadores de cadeira de rodas

#### Dados sobre a escada

Número de degraus: Mais de 3

Altura do degrau em cm: 17

- ✓ Corrimões
- ✓ Borda dos degraus com faixa de cor contrastante e antiderrapante

## Quarto Adaptado

- ✓ Quarto adaptado para limitação motora



Número de quartos adaptados: 5

Número / Nome do quarto: 516

Facilidade do percurso até ao quarto: Sim

Largura da porta: Menor que 78 cm

Amplitude maior ou igual a 150cm de diâmetro: Sim

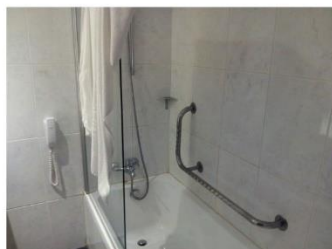
Largura lateral de acesso à cama: Sim

### Dados

: à esquerda

Altura da cama (incluindo colchão), em cm: 45

### Casa de banho



Acesso sem desníveis: Sim

Largura da porta: Maior ou igual a 78 cm

Abertura da porta: De correr

Espaço de manobra maior ou igual a 150cm de diâmetro: Não

Espaço disponível de transferência para a sanita: Sim

: Lado direito

Altura do assento da sanita: Standard (entre 40 e 45 cm)

Sanita próxima do duche: Não

Tem barra(s) de apoio: Sim

### Dados

: Lado esquerdo

As barras do lado esquerdo são: Rebatíveis

Lavatório: Com torneira monocomando, sem coluna

✓ Duche

Piso do duche nivelado: Sim

Espaço de aproximação maior ou igual a 80cm: Sim

Barras de apoio no duche: Sim

Torneira monocomando: Sim

Chuveiro regulável: Sim

Cadeira de banho: Sim

Tipo de assento: Móvel

## Áreas de Restauração



Balcão com altura adequada para utilizadores de cadeira de rodas: Não

Mesas acessíveis: Não

✓ Cadeira para crianças

## Instalações sanitárias adaptadas nas zonas comuns

✓ Instalações sanitárias para PMR



Acesso sem desníveis: Sim

Largura da porta: Maior ou igual a 78 cm

Abertura da porta: Abre para o exterior

Espaço de manobra maior ou igual a 150cm de diâmetro: Não

Espaço disponível de transferência para a sanita: Sim

: Lado direito

Altura do assento da sanita: Standard (entre 40 e 45 cm)

Tem barra(s) de apoio: Sim

### Dados

: Lado esquerdo, lado direito

As barras do lado esquerdo são: Rebatíveis

As barras do lado direito são: Rebatíveis

Lavatório: Com torneira de monocomando

## Serviços e Equipamentos

Visitas ou actividades adaptadas para pessoas com necessidades especiais: Não

Com anéis de indução / amplificador de som: Não

✓ Documentação sobre o recurso turístico

✓ Staff de front-office

### Formação de pessoal

Staff com formação no atendimento a pessoas com necessidades especiais: Sim

Staff disponível para dar apoio a pessoas com necessidades específicas: Sim

Staff com formação em LGP: Não

✓ Materiais disponíveis

### Produtos de apoio

✓ Cadeira de rodas manual

## Estacionamento reservado PMR

✓ Lugar de estacionamento reservado a PMR



Proximidade do estabelecimento: Sim

Pertence ao estabelecimento: Sim

Área do lugar de estacionamento: Horizontal

Bem sinalizada: Sim

De dimensões apropriadas: Sim

#### Apêndice 4.1 – Parâmetros de acessibilidade de uma rampa de acesso

Elemento	Parâmetros
Inclinação	Cumprir uma das seguintes condições: 1 - Ter inclinação não superior a seis por cento, vencer um desnível não superior a 0,6 m e ter uma projeção não superior a 10 m; 2 - Ter inclinação não superior a oito por cento, vencer um desnível não superior a 0,4 m e ter uma projeção horizontal não superior a 5 m.
Inclinação (Exceções)	Em caso de não satisfazer nenhuma das condições estipuladas, especialmente a número 2, as rampas podem ter uma inclinação superior se satisfazerem um dos seguintes critérios: 1 - Ter inclinação não superior a dez por cento, vencer um desnível não superior a 0,2 m e ter uma projeção horizontal não superior a 2 m; 2 - Ter uma inclinação não superior a doze por cento, vencer um desnível não superior a 0,1 m e ter uma projeção horizontal não superior a 0,83 m.
Revestimento do piso	Presença de faixas com diferenciação de textura e cor contrastante relativamente ao pavimento adjacente, no início e no fim da rampa.
Rampa com curva	O raio de curvatura não deverá ser inferior a três metros e a inclinação não deve ser superior a oito por cento.
Corrimões de apoio	Devem prolongar-se pelo menos 0,3m na base no topo da rampa; Serem contínuos ao longo dos vários lanços; Terem patamares de descanso; Serem paralelos ao piso da rampa. Nas plataformas de descanso com desníveis relativamente aos pisos adjacentes superiores a 0,1m e que vençam desníveis superiores a 0,3m devem ser ladeados, em toda a sua extensão por elementos de proteção.
Corrimões de apoio (Exceções)	Em ambos os lados, com exceção nas seguintes condições: 1 - Se vencerem um desnível não superior a 0,2 m podem não ter corrimãos ou se vencerem um desnível compreendido entre 0,2 m e 0,4m; 2 - Caso não tenha uma inclinação superior a 6%, podem ter apenas corrimãos de um dos lados. Quando a inclinação de uma rampa não é superior a 6 %, o corrimão deve ter pelo menos um elemento preênsil, a uma altura compreendida entre 0,58m e 0,95m; Quando a inclinação de uma rampa é superior a 6 %, o corrimão deve ser duplo, com um elemento preênsil, a uma altura compreendida entre 0,7m e 0,75m e outro com uma altura compreendida entre os 0,9m e 0,95m.

<b>Elemento</b>	<b>Parâmetros</b>
Proteção	<p>Rebordos laterais com uma altura não inferior a 0,05m;</p> <p>Paredes ou muretes sem interrupções com extensão superior a 0,3m;</p> <p>Guardas com um espaçamento entre elementos verticais não superior a 0,3m;</p> <p>Extensão lateral do pavimento da rampa com uma dimensão não inferior a 0,3m do lado exterior ao plano do corrimão;</p> <p>Outras barreiras com uma distância entre o pavimento e o seu limite não superior a 0,05m.</p>
Largura	<p>Não pode ser inferior a 1,2 m, exceto se:</p> <p>1 - O comprimento da rampa for superior a 5 m;</p> <p>2 - Existirem duas rampas para o mesmo percurso. Nestes casos, a largura não deve ser inferior a 0,9 m.</p> <p>Devem sempre existir plataformas horizontais de descanso na base e no topo de cada lanço. Estas devem ter uma largura não inferior à da rampa e ter um comprimento não inferior a 1,5 m.</p>

Fonte: Elaboração própria com base em Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, 2006



## Apêndice 4.2 – Parâmetros de acessibilidade de uma casa-de-banho

Elemento	Parâmetros
Sanita	<p>Altura de 0,45 m do piso ao bordo superior do assento da sanita, admitindo-se uma tolerância de <math>\pm 0,01</math> m;</p> <p>Existência de zonas livres que permitam o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas;</p> <p>Na presença de mais de uma sanita, as zonas livres de acesso devem estar posicionadas de lados diferentes, permitindo o acesso lateral pela direita e pela esquerda;</p> <p>Existência de barras de apoio junto à sanita que satisfaçam uma das condições impostas pelo decreto;</p> <p>Se existirem barras de apoio laterais que sejam adjacentes à zona livre, devem ser rebatíveis na vertical;</p> <p>Quando se optar por acoplar um tanque de mochila à sanita, a instalação e o uso das barras de apoio não deve ficar comprometido e o ângulo entre o assento da sanita e o tanque de água acoplado deve ser superior a 90°.</p>
Sanita instalada numa cabina	<p>Espaço interior deve ter dimensões não inferiores a 1,6 m de largura (parede em que está instalada a sanita) por 1,7 m de comprimento;</p> <p>Recomendável a instalação de um lavatório acessível que não interfira com a área de transferência para a sanita;</p> <p>Possibilidade de inscrever uma zona de manobra para rotação de 180°, no espaço que permanece livre após a instalação dos aparelhos sanitários.</p>
Sanita instalada numa cabina e previsível o uso frequente por pessoas com mobilidade condicionada	<p>Espaço interior com dimensões não inferiores a 2,2 m de largura por 2,2 m de comprimento;</p> <p>Instalação de um lavatório acessível que não interfira com a área de transferência para a sanita;</p> <p>Possibilidade de inscrever uma zona de manobra para rotação de 360°, no espaço que permanece livre após a instalação.</p>
Banheira	<p>Existência de uma zona livre localizada ao lado da base da banheira e com um recuo de 0,3 m relativamente ao assento, de modo a permitir a transferência de uma pessoa em cadeira de rodas;</p> <p>Altura do piso ao bordo superior da banheira de 0,45 m, admitindo-se uma tolerância de <math>\pm 0,01</math>m;</p> <p>Possibilidade de instalar um assento na banheira localizado no seu interior ou existência de uma plataforma de nível no topo posterior que sirva de assento, com uma dimensão não inferior a 0,4 m;</p> <p>Se o assento estiver localizado no interior da banheira pode ser móvel, mas em uso deverá ser fixado seguramente de modo a não deslizar;</p> <p>Assento com uma superfície impermeável e antiderrapante, mas não excessivamente abrasiva;</p> <p>Existência de barras de apoio nas localizações junto à banheira e com as dimensões contempladas pelo decreto-lei.</p>



<b>Elemento</b>	<b>Parâmetros</b>
Base de duche que não permite a entrada da pessoa em cadeira de rodas	Existência de uma zona livre, que satisfaça as medidas impostas pelo decreto, localizada ao lado da base de duche e com um recuo de 0,3 m relativamente ao assento, de modo a permitir a transferência de uma pessoa em cadeira de rodas; Largura do vão de passagem entre zonas livre e o assento da base de duche não inferior a 0,8 m; Existência de um assento no seu interior da base do duche; Dimensão e barras de apoio adequadas.
Base do duche que permite a entrada de uma pessoa em cadeira de rodas	Ressalto entre a base de duche e o piso adjacente não deve ser superior a 0,02 m; Piso da base de duche inclinado na direção do ponto de escoamento, de modo a evitar que a água escorra para o exterior; Inclinação do piso da base do duche não superior a dois por cento; Acesso ao interior da base de duche com largura superior a 0,8m; Base de duche com dimensões que satisfaçam uma das condições impostas pelo decreto; Instalação de barras de apoio junto à base de duche.
Assento da base de duche	Profundidade não inferior a 0,4 m e um comprimento não inferior a 0,7 m; Cantos do assento arredondados; Assento rebatível, recomendável que seja articulado com o movimento para cima; Existência de elementos que assegurem que o assento rebatível fica fixo quando estiver em uso; Superfície do assento impermeável e antiderrapante, mas não excessivamente abrasiva; Altura do piso ao bordo superior do assento em uso deve ser de 0,45 m, admitindo-se uma tolerância de $\pm 0,01$ m.
Lavatórios	Existência de uma zona livre de aproximação frontal ao lavatório, com as dimensões especificadas no decreto; Altura do piso ao bordo superior do lavatório de 0,8 m, admitindo-se uma tolerância de $\pm 0,02$ m; Sob o lavatório, existência de uma zona livre com uma largura superior a 0,7 m e com uma altura não inferior de 0,65 m e ainda com uma profundidade medida a partir do bordo frontal não inferior a 0,5 m; Inexistência de elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas, sob o lavatório.
Espelhos	Se forem fixos na posição vertical, Colocação com a base inferior da superfície refletora a uma altura do piso não superior a 0,9 m, se forem fixos na posição vertical; Colocação com a base inferior da superfície refletora a uma altura do piso não superior a 1,1 m, se tiverem inclinação regulável; Bordo superior da superfície refletora do espelho com uma altura do piso não inferior a 1,8 m.

Elemento	Parâmetros
Urinóis	<p>Assentes no piso ou fixos na parede, com uma altura do piso ao seu bordo inferior compreendida entre 0,6 m e 0,65 m;</p> <p>Existência de uma zona livre de aproximação frontal ao urinol com dimensões que satisfaçam as imposições do decreto;</p> <p>Em caso de existência de comando de acionamento da descarga, eixo do botão com uma altura do piso de 1 m, admitindo-se uma tolerância <math>\pm 0,02\text{m}</math>;</p> <p>Existência de barras verticais de apoio, fixadas com um afastamento de 0,3 m do eixo do urinol, a uma altura do piso de 0,75 m e com um comprimento não inferior a 0,7 m.</p>
Equipamento de alarme	<p>Ligação ao sistema de alerta para o exterior;</p> <p>Disparo de um alerta luminoso e sonoro;</p> <p>Terminais do equipamento de alarme com indicação para utilização com luz e com auto iluminação, de maneira a serem vistos no escuro;</p> <p>Terminais do sistema de aviso podem ser botões de carregar, botões de puxar ou cabos de puxar;</p> <p>Terminais do sistema de aviso colocados a uma altura do piso compreendida entre 0,4 m e 0,6 m, e de modo a que possam ser alcançados por uma pessoa na posição deitada no chão após uma queda ou por uma pessoa em cadeira de rodas.</p>

Fonte: Elaboração própria com base em Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, 2006

## **Apêndice 5.1 – Guião do instrumento de inquirição**

### **Guião da Entrevista**

Sou aluna de mestrado em Gestão e Planeamento em Turismo, na Universidade de Aveiro. Como tal, estou a desenvolver uma dissertação acerca da acessibilidade na hotelaria, cujo objetivo é determinar as necessidades e os constrangimentos dos hóspedes com incapacidade motora e visual durante a sua estada num hotel.

Escolhi-o(a) entrevistar, uma vez que possuí as características da amostra desta investigação. Agradeço-lhe imenso pela sua participação e pela sua disponibilidade, sendo o seu contributo fundamental para a realização deste estudo. Com o seu consentimento, a entrevista será gravada apenas para efeitos de transcrição, assegurando-lhe a confidencialidade das suas informações pessoais. Esta terá uma duração estimada entre meia hora a uma hora. Acrescento ainda que os resultados deste estudo serão divulgados junto da indústria hoteleira, de modo a melhorar o nível de acessibilidade destes serviços turísticos.

Leve o tempo necessário para refletir e responder a cada questão, dado que não existem respostas certas ou erradas. Esteja à vontade para descrever as suas experiências e opiniões.

### **Secção I – Práticas Turísticas**

Para iniciarmos, falemos um pouco sobre as viagens turísticas que fez nos últimos anos...

1. Viaja frequentemente?
2. Por que motivos viaja?
3. Qual é a duração das suas viagens, em média?
4. Já viajou para que destinos?
5. Costuma viajar acompanhado? Por quem?
6. Em que hotéis já ficou hospedado?
7. Como foram essas estadas?

### **Secção II – Necessidades e Constrangimentos**

Irei agora questioná-lo(a) sobre as suas necessidades e as suas dificuldades sentidas em cada uma das etapas da estada, ou seja, durante a reserva do hotel, o acesso ao

estabelecimento, o check-in, a mobilidade no interior do hotel, a usufruição dos serviços complementares e o check-out.

8. Quando está a fazer a reserva de um hotel, quais são os critérios que considera?
9. Que dificuldades sente durante essa escolha/reserva do hotel?
10. O que precisa para conseguir aceder ao hotel?
11. Quais são as dificuldades que passa ao aceder ao hotel?
12. O que necessita quando realiza o check-in e o check-out?
13. Nesses mesmos momentos (check-in e check-out), quais são as dificuldades que sente?
14. Para se movimentar no interior do hotel, inclusive no quarto, necessita do quê, concretamente?
15. E durante essa mobilização, que dificuldades enfrenta?
16. Acerca dos serviços complementares - bar, restaurante, SPA, etc., o que precisa para conseguir usufruir dos mesmos?
17. E quais são as dificuldades que encara, durante a utilização desses serviços?

### **Secção III - Experiências Hoteleiras e Sugestões**

De acordo com aquilo que foram as suas experiências hoteleiras vividas até hoje...

18. Considera que a maioria delas foram positivas ou negativas? Porquê?
19. O que alterava nos hotéis, para os tornar mais acessíveis?

### **Secção IV - Características Sociodemográficas, Nível e Grau de Incapacidade**

De modo a caracterizar a amostra deste estudo, gostaria também de saber:

20. Que idade tem?
21. Qual é a sua nacionalidade?
22. Que grau de escolaridade possui?
23. Atualmente, qual é a sua profissão?
24. Qual é o nível e o grau da sua incapacidade?
25. Há quanto tempo tem esta incapacidade?